



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

LAVÍNIA CAPINAN PEREIRA MEIRELES

**A TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO DOS HOSPITAIS ESTADUAIS DO
SUS BAHIA MEDIANTE OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA NÃO ESTATAL**

Salvador

2024

LAVÍNIA CAPINAN PEREIRA MEIRELES

**A TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO DOS HOSPITAIS ESTADUAIS DO
SUS BAHIA MEDIANTE OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA NÃO ESTATAL**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profª. Geyse Clea Silva de Miranda

Salvador

2024

LAVÍNIA CAPINAN PEREIRA MEIRELES

**A TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO DOS HOSPITAIS ESTADUAIS DO SUS BAHIA
MEDIANTE OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA NÃO ESTATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para grau de Bacharelado em Serviço Social, Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

Salvador, 2 de setembro de 2024.

Banca examinadora

Geyse Clea Silva de Miranda - Orientadora _____
Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
Universidade Federal da Bahia

Jacqueline Samagaia _____
Doutora em Geografia pela Universidade Federal de Santa Catarina.
Universidade Federal da Bahia

Samira Safadi Bastos _____
Doutora em Ciências da Família pela Université de Mons.
Universidade Federal da Bahia

MEIRELES, Lavínia Capinan Pereira. A terceirização da gestão dos hospitais estaduais do SUS Bahia mediante os modelos de organização pública não estatal. 70 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, 2024.

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de analisar a inserção dos modelos de organização pública não estatal nas unidades hospitalares da rede própria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, à luz da terceirização na saúde. Para tal, alicerçado aos objetivos específicos, buscou-se discutir a terceirização na saúde, verificar as modalidades de gestão dos hospitais estaduais baianos, identificar e caracterizar as entidades que representam essa forma de administração não estatal, assim como observar a relação contratual estabelecida entre a Secretaria Estadual de Saúde e as entidades gestoras. Recorrendo à revisão narrativa de literatura e à pesquisa documental, enquanto procedimentos de coleta de dados, percebeu-se que após a implementação da Reforma Administrativa do Estado em 1995, e a consequente emergência do setor público não estatal, o Estado da Bahia iniciou um amplo processo de transferência da gestão dos hospitais públicos estaduais para instituições privadas, por meio de Organizações Sociais e Parcerias Público-Privadas. Dessa forma, os principais documentos utilizados para subsidiar a pesquisa foram o site de domínio público do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o site institucional da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, o Diário Oficial do Estado da Bahia e o Relatório Anual do Conselho de Gestão das Organizações Sociais. Nesse panorama, os resultados alcançados apontam para o predomínio da contratualização com as organizações não estatais, as quais, mediante contrato de gestão ou de concessão administrativa, passam a ser responsáveis pelo pleno funcionamento das unidades hospitalares. Assim, o Estado da Bahia abdica-se da prestação dos serviços de saúde e confere às entidades privadas estrutura física, materiais, equipamentos, instrumentos e recursos financeiros para que estas terceirizem a gestão dos hospitais que integram a rede hospitalar própria estadual.

Palavras-Chave: Neoliberalismo; Contrarreforma do Estado; Terceirização na Saúde; Gestão Hospitalar.

MEIRELES, Lavínia Capinan Pereira. **The outsourcing of management of state hospitals from SUS Bahia through non-state public organization models.** 70 f. Monograph (Social Work Bachelor Degree) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, 2024.

ABSTRACT

The present work was developed with the aim of analyzing the incorporation of non-state public organization models in the hospital units of the State Health Department's own network in Bahia, in the context of healthcare outsourcing. To this end, and based on specific objectives, the study sought to discuss healthcare outsourcing, examine the management modalities of state hospitals in Bahia, identify and characterize the entities representing this form of administration, and observe the contractual relationship established between the State Health Department and the managing entities. By employing narrative literature review and documentary research as data collection methods, it was observed that after the implementation of the State Administrative Reform in 1995 and the subsequent emergence of the non-state public sector, the State of Bahia began a broad process of transferring the management of state public hospitals to private institutions, through Social Organizations and Public-Private Partnerships. Thus, the main documents used to support the research were the public domain website of the National Registry of Health Establishments, the institutional website of the State Health Department of Bahia, the Official Gazette of the State of Bahia, and the Annual Report of Management Council of Social Organizations. In this context, the results indicate the predominance of contracting with non-state organizations, which, through management or administrative concession contracts, become responsible for the full operation of the hospital units. Consequently, the State of Bahia relinquishes the provision of health services and grants private entities the physical infrastructure, materials, equipment, instruments, and financial resources so that these entities can outsource the management of hospitals that are part of the state-owned hospital network.

Keywords: Neoliberalism; State Counter-Reform; Healthcare Outsourcing; Hospital Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Análise dos dados que orientam o estudo	16
Quadro 2: Relação das unidades hospitalares, tipo de gestão e localização geográfica	42
Quadro 3: Identificação das entidades gestoras responsáveis pelos hospitais estaduais	45
Quadro 4: Listagem dos contratos de gestão e de concessão administrativa celebrados com os hospitais da RHP da SESAB	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AOSID	Associação Obras Sociais Irmã Dulce
Art.	Artigo
BM	Banco Mundial
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CES	Conselho Estadual de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COISAN	Consórcio Público Interfederativo de Saúde Nordeste II
CONGEOS	Conselho de Gestão das Organizações Sociais
CRIE	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FABAMED	Fundação ABM de Pesquisa e Extensão na Área da Saúde
FESFSUS	Fundação Estatal Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FJS	Fundação José Silveira
FMI	Fundo Monetário Internacional
HS	Hospital do Subúrbio
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBDAH	Instituto de Gestão e Humanização
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBIT	Instituto Brasileiro de Investigação do Tórax
ICOM	Instituto Couto Maia
IFC	International Finance Corporation
IFF	Instituto Fernando Filgueiras
IGH	Instituto de Gestão e Humanização
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

INSV	Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória
LABCMI	Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MSI	Modelo de Substituição de Importações
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMC	Organização Mundial do Comércio
ONG	Organização Não-Governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PEOS	Programa Estadual das Organizações Sociais
PIOS	Programa de Incentivo às Organizações Sociais
PNP	Programa Nacional de Publicização
PPP	Parcerias Público Privadas
PT	Partido dos Trabalhadores
RAE	Reforma Administrativa do Estado
RHP	Rede Hospitalar Própria
RBD	Rede Brasileira de Diagnóstico
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAEB	Secretaria da Administração do Estado da Bahia
SBIBHAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
SCMRB	Santa Casa de Misericórdia de Ruy Barbosa
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SGI	Superintendência de Gestão e Inovação
SUS	Sistema Único de Saúde
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	14
2.1 Tipo de Estudo.....	14
2.2 Procedimentos para a coleta de dados.....	14
2.3 Plano de análise.....	15
3 PROJETO NEOLIBERAL, CONTRARREFORMA DO ESTADO E OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA NÃO ESTATAL.....	17
3.1 A contrarreforma no governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2003).....	19
3.2 Publicização, Organizações Sociais e o Fundo Público.....	21
4 A TERCEIRIZAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE.....	25
4.1 A inserção do setor privado no Sistema de Saúde brasileiro.....	29
4.2 Os modelos de administração pública não estatal como alternativa para a gestão hospitalar do SUS-BA.....	33
5 A TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO DOS HOSPITAIS ESTADUAIS DO SUS BAHIA MEDIANTE OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA NÃO ESTATAL.....	41
5.1 Caracterização das entidades gestoras que celebram contrato de gestão ou concessão administrativa com o Estado da Bahia.....	46
5.2 Quanto à contratualização celebrada entre a SESAB e as entidades privadas.....	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	61

1 INTRODUÇÃO

A inserção das reformas neoliberais no Brasil, a partir do último quartel do século XX, foi fundamental para determinar o percurso do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a consolidação da Reforma Administrativa do Estado (RAE) em 1995, o setor de saúde brasileiro, que ainda caminhava em direção à efetivação de um sistema universal e público, encontrou obstáculos que o distanciaram dessa proposta. A reforma, que possuía por finalidade a inclusão da eficiência como um dos princípios da administração pública e, da mesma forma, o controle das contas públicas por meio da redução de despesas, suscitou a criação do Programa Nacional de Publicização, objetivando direcionar ao setor não estatal a responsabilidade por funções anteriormente realizadas pelo setor público. Com isso, foram criados diferentes modelos de organização pública não estatal, os quais se estabeleceram enquanto alternativa para a gestão de serviços públicos de saúde e, consequentemente, legitimaram a terceirização nesse setor.

A terceirização é um fenômeno mundial que se redefine a partir das fases históricas do capitalismo, dos segmentos produtivos e da organização do trabalho (Druck; Oliveira, 2021) enquanto uma estratégia de gestão que apresenta divergentes argumentações, modalidades, particularidades e formas de regulação, determinadas a partir do espaço em que se insere (DIEESE, 2007). No setor de saúde, essa alternativa de gestão, que transfere funções ou atividades de uma empresa de origem para uma empresa subcontratada (Amaro Neto, 1995), pode ser observada no processo de repasse da responsabilidade por serviços de interesse público para as organizações não estatais, denominadas Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Privadas de Direito Privado, Parcerias Público-Privadas (PPP), entre outras.

No que tange o Estado da Bahia, alinhado às propostas da Reforma Administrativa, foi pioneiro na inserção dos modelos de organização pública não estatal, atribuindo ao setor privado responsabilidade pela gestão de hospitais da Rede Hospitalar Própria (RHP) da Secretaria Estadual de Saúde. A priorização pela contratação de organizações não estatais se deu mediante Lei 7.027/1997, que instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais (PIOS), como alternativa para a crise hospitalar enfrentada nos anos 1990. No entanto, a efetivação desse modelo de gestão ocorreu somente após a criação do Programa Estadual das Organizações Sociais (PEOS) em 2003, o qual passou a delegar determinados serviços de interesse público para os entes privados.

Ao longo dos anos, e especialmente a partir de 2007, os gestores estaduais se dedicaram a traçar um novo caminho para a expansão da oferta de serviços hospitalares no SUS Bahia, firmando contratos de concessão administrativa com o setor privado por meio das Parcerias Público-Privadas. Desse modo, as organizações não estatais passaram a ter destaque na rede hospitalar própria do Estado, principalmente através das OSs e PPPs.

A ampliação da contratualização com entidades qualificadas pelo poder público, juntamente com a busca por novas alternativas de gestão para hospitais de médio e grande porte, conforme observado por Pinto *et al.* (2023), sugere um esgotamento dos modelos baseados na administração direta e em determinadas formas de administração indireta, caracterizadas pela rigidez do regime administrativo, especialmente na gestão orçamentária, de pessoal e de aquisições. Assim, o modelo de terceirização da gestão dos serviços de saúde vem sendo adotado em diferentes níveis da administração pública (IBGE, 2021), condição que indica a renúncia do Estado à sua responsabilidade social (Druck, 2016) e induz, ainda, o interesse do setor privado em captar recursos do fundo público (Souza, 2019).

O interesse pela temática do estudo decorre de discussões fomentadas durante o desenvolvimento de um Projeto de Pesquisa sobre a terceirização na saúde pública, empreendido como componente avaliativo para a disciplina de Pesquisa e Serviço Social II, do curso de Serviço Social da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Fundamentado na experiência de estágio curricular obrigatório, efetuado em um hospital escola sob gestão indireta no município de Salvador-BA, o projeto suscitou o conhecimento acerca da variedade de modelos jurídico-institucionais atuantes nos serviços de saúde do Estado da Bahia, os quais contribuem para a consolidar a terceirização na gestão dos hospitais estaduais.

A literatura empírica sobre a incorporação das organizações não estatais na atenção hospitalar da Bahia é recente e relativamente escassa. Quando associada à terceirização na saúde, embora existam estudos disponíveis que abordam essa temática, percebe-se uma evidente carência de pesquisas que explorem especificamente a relação intrínseca entre os modelos de gestão citados e o contexto específico da saúde pública baiana. Isso indica uma lacuna importante no campo de pesquisa, sugerindo a necessidade de investigações mais aprofundadas que possam fornecer uma análise detalhada e crítica sobre a temática.

Nesse cenário, em que se evidencia a inclinação para o crescimento das modalidades de organização não estatal como uma possibilidade para a administração hospitalar, a pesquisa se apresenta relevante para compreender o processo de consolidação da terceirização na gestão das unidades hospitalares que integram a rede própria da Secretaria de Saúde do

Estado da Bahia (SESAB). Isto posto, recorrendo à revisão narrativa de literatura e à pesquisa documental, foram levantados questionamentos que contribuíram para a discussão sobre o tema, a saber: Quais são os modelos de organização pública não estatal que compõem a rede hospitalar do SUS Bahia? Qual a proporção dos hospitais gerenciados por organizações não estatais em relação ao número total de hospitais da RHP da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia? Qual o objeto do contrato estabelecido entre as instituições gestoras e o Estado da Bahia?

À vista disso, o presente estudo possui o objetivo de analisar a inserção das modalidades de gestão pública não estatal nas unidades hospitalares da rede própria da SESAB mediante a compreensão de que esta é resultado de um movimento amplo incitado após a consolidação da contrarreforma neoliberal de 1990: a terceirização na saúde. Para tal, a pesquisa se dedicou a discutir a terceirização na saúde, verificar as modalidades de gestão dos hospitais estaduais baianos, identificar e caracterizar as entidades que representam essa forma de administração não estatal, bem como a observar a relação contratual estabelecida entre a Secretaria Estadual de Saúde e as entidades gestoras.

Visando atender aos objetivos da pesquisa, o primeiro capítulo de desenvolvimento do trabalho pautará o momento de ascensão do projeto neoliberal, enquanto um programa político do Estado brasileiro. Dividido em duas subseções, a primeira abordará o início do programa de reformas institucionais consolidado após a eleição de Fernando Henrique Cardoso, discorrendo acerca das motivações que direcionaram à terceira Reforma Administrativa, bem como sobre a conjuntura econômica vivenciada pelo país e os reflexos desse programa político para o Estado. O segundo subtópico terá como foco de análise as estratégias utilizadas pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, suscitando o debate quanto à funcionalidade do fundo público para a atração do setor privado.

Em capítulo subsequente, serão apresentadas contribuições sobre a terceirização no serviço público de saúde. Inicialmente, será retratado o percurso histórico de surgimento desse fenômeno, apontando diferentes conceitos e justificativas. Em seguida, haverão considerações sobre o momento de inserção desse processo de subcontratação no Brasil, apontando o contexto sociopolítico, o marco legal de regulação e as motivações que contribuíram para consolidá-la na gestão pública do país.

A primeira subseção do referido capítulo terá como intuito discutir a entrada do setor privado no sistema de saúde brasileiro, trazendo subsídios referentes à política de saúde antes, durante e após o surgimento do SUS. Ainda, serão delineados os impasses encontrados para

uma efetiva implementação do SUS, os fatores que direcionam a procura por alternativas de gestão não estatais para o serviço público de saúde e será destacada a primazia do Estado da Bahia em adotar essas modalidades administrativas. Consequentemente, na segunda subseção do capítulo, serão indicados o contexto e as motivações que nortearam a escolha dos modelos de organização pública não estatal no Estado da Bahia, destacando a situação da assistência à saúde da época e a influência de atores governamentais e não governamentais no processo decisório que favoreceu a implementação das Organizações Sociais e das Parcerias Público-Privadas.

O quinto capítulo apresentará os resultados e a discussão sobre a terceirização da gestão dos hospitais estaduais da rede própria da SESAB. Para tanto, será realizado o levantamento do número de unidades hospitalares da rede própria, possibilitando a obtenção de informações sobre a atenção hospitalar de responsabilidade estadual. Em seguida, serão caracterizadas as entidades gestoras, bem como os contratos de gestão e concessão administrativa firmados entre o Estado e os entes privados. Dessa maneira, será possível alcançar os objetivos propostos neste estudo.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida como um estudo de caso, qualitativo e descritivo para analisar a inserção dos modelos de organização pública não estatal nas unidades hospitalares da rede própria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) à luz da terceirização na saúde. Segundo Yin (2001):

“Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (Yin, 2001 p. 33).

Dessa forma, pretendendo analisar o objeto proposto, a pesquisa foi conduzida sob abordagem qualitativa, objetivando o aprofundamento da investigação sobre questões relacionadas ao fenômeno em estudo (Gil, 1999) isto é, à incorporação dos modelos de organização pública não estatal no país e no Estado da Bahia, considerando o contexto da terceirização na saúde. Consequentemente, possuindo caráter descritivo, a pesquisa esteve empenhada em caracterizar a Rede Hospitalar Própria (RHP) do Estado da Bahia, as entidades gestoras responsáveis pelos hospitais estaduais e a contratualização celebrada entre as organizações não estatais e a Secretaria de Saúde da Bahia, pretendendo descrever com o máximo de exatidão, conforme Triviños (1987), as circunstâncias e os fenômenos de determinada realidade.

2.2 Procedimentos para a coleta de dados

Em primeiro momento, foi realizada uma revisão narrativa de literatura que, de acordo com Rother (2007), é uma forma de pesquisa que utiliza fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para alcançar resultados de pesquisas de diferentes autores, com a intenção de fundamentar teoricamente um determinado objetivo. Com isso, o estudo se estruturou a partir de artigos, teses, dissertações e livros.

Em seguida, efetuou-se uma análise documental, fundamentada em dados e fontes primárias, que, consoante à Lakatos e Marconi (2001) podem ser documentos escritos ou não, pertencentes a arquivos públicos e arquivos particulares de instituições. Assim, foram selecionadas fontes diversificadas, como o site de domínio público do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Diário Oficial do Estado da Bahia, o Relatório do Conselho de Gestão das Organizações Sociais (CONGEOS), os contrato de gestão e de

concessão administrativa, e os endereços eletrônicos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), do Portal das Organizações Sociais (Portal das OS), e das entidades gestoras.

2.3 Plano de análise

Mediante a seleção dos métodos para coleta de dados, fez-se possível construir um quadro com as cinco categorias de análise, quais sejam: a modalidade de gestão; a proporção da gestão contratualizada por organizações não estatais; a identificação e caracterização das entidades gestoras; a contratualização; e a terceirização na gestão hospitalar do Estado.

Quadro 1: Análise dos dados que orientam o estudo.

Categoria de análise	Pergunta norteadora	Documento de referência
Modalidade de gestão	Quais são os modelos de organização pública não estatal existentes na rede hospitalar do SUS Bahia?	<ul style="list-style-type: none"> ● Dados do CNES; ● Publicações do endereço eletrônico da SESAB; ● Publicações do Diário Oficial do Estado da Bahia; ● Relatório do CONGEOS.
Proporção da gestão contratualizada por organizações não estatais	Qual a proporção dos hospitais gerenciados por organizações não estatais em relação ao número total de hospitais da RHP da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia?	<ul style="list-style-type: none"> ● Dados do CNES; ● Publicações do endereço eletrônico da SESAB; ● Publicações do Diário Oficial do Estado da Bahia; ● Relatório do CONGEOS.
Identificação e Caracterização das entidades gestoras	Quais são as entidades gestoras responsáveis pelos hospitais estaduais da RHP do Estado?	<ul style="list-style-type: none"> ● Publicações do Diário Oficial do Estado da Bahia; ● Publicações no endereço eletrônico das entidades gestoras;
Contratualização	Qual o objeto do contrato estabelecido entre as instituições gestoras e o Estado da Bahia?	<ul style="list-style-type: none"> ● Contratos de Gestão ● Resumos dos Contratos de Gestão. ● Minuta do Contrato de Concessão administrativa ● Contrato de Concessão Administrativa.
Terceirização na gestão hospitalar do Estado	Os modelos de organização não estatal caracterizam a terceirização da gestão hospitalar da RHP da Bahia?	<ul style="list-style-type: none"> ● Artigos científicos; ● Teses de Doutorado; ● Livros físicos e online.

Fonte: Elaborado pela autora.

Os documentos dispostos no quadro 1 foram essenciais para a compreensão dos objetivos descritos e, da mesma forma, para o esclarecimento sobre os questionamentos que direcionam o objeto da pesquisa. Desse modo, visando apreender os modelos de gestão, foi

necessário, primeiramente, realizar o levantamento dos hospitais estaduais da rede própria que se encontram em funcionamento. Para isso, utilizou-se o banco de dados do CNES, do qual foram extraídas informações sobre o número de hospitais, a localização geográfica e o tipo de estabelecimento (geral ou especializado). Com base nas informações obtidas, foram consultados o site da SESAB, o Diário Oficial do Estado e o Relatório do CONGEOS para determinar as modalidades jurídico-administrativas que compõem a Rede Hospitalar Própria (RHP) do Estado. Adicionalmente, verificou-se a proporção de hospitais geridos por organizações não estatais em relação ao total de unidades hospitalares da região.

Com o objetivo de identificar e caracterizar as entidades gestoras, foram utilizados o contexto operacional fornecido pelo Diário Oficial do Estado e o Estatuto Social disponibilizado nos endereços eletrônicos das instituições. Ademais, o portal do Diário Oficial, em conjunto com o relatório do CONGEOS (2023) proporcionaram a delimitação dos contratos de gestão e concessão administrativa celebrados entre o Estado da Bahia, por intermédio da SESAB, e as organizações não estatais. Por conseguinte, o percurso de análise possibilitou a compreensão sobre a terceirização que ocorre na gestão hospitalar da RHP baiana, conforme será abordado nos capítulos seguintes.

3 PROJETO NEOLIBERAL, CONTRARREFORMA DO ESTADO E OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA NÃO ESTATAL

No decurso dos anos 1990, se iniciou, no Brasil, o processo de implementação do SUS. Desde então, esse modelo público que presta ações e serviços de saúde, norteado por um conjunto de princípios e diretrizes, enfrenta contrarreformas neoliberais¹ embasadas em uma política econômica de mercantilização e privatização, com o intuito de destituir o caráter público e universal do referido sistema (Correia, 2011).

A eclosão da trajetória neoliberal, no país, tem como ponto de partida a eleição do ex-presidente Fernando Collor de Mello, em 1989. Por conseguinte, para compreender a ascensão desse fenômeno, faz-se necessário apreender, primordialmente, o neoliberalismo, por ser uma doutrina político-econômica geral que se estruturou de forma específica no Brasil, enquanto resposta às disputas entre partes distintas da burguesia, e entre essa classe e a classe trabalhadora. (Filgueiras, 2006).

Para Dardot e Laval (2016), além de uma ideologia ou doutrina político-econômica, o neoliberalismo é, antes de tudo, uma racionalidade que estrutura e organiza a ação dos governantes, e a conduta dos governados. É a razão do capitalismo contemporâneo e pode ser compreendido como a soma de discursos, práticas e dispositivos que validam um novo modo de governo. Igualmente, Wendy Brown (2019), discorre acerca da racionalidade neoliberal como a criadora de um mundo que economiciza todos os aspectos da vida, das instituições democráticas à subjetividade, colocando os seres humanos como principais atores do mercado.

Antagônico ao liberalismo clássico do século XIX, esse fenômeno surgiu após a II Guerra Mundial, na Europa e América do Norte, enquanto uma reação teórica e política em oposição ao Estado intervencionista e de bem-estar social, que visava expandir os direitos e políticas sociais. Foi somente a partir de 1973, com a recessão capitalista em decorrência da crise do modelo econômico pós-guerra, das baixas taxas de crescimento e das altas taxas inflacionárias, que houve a eclosão dos ideais neoliberais. Assim, com a suposta finalidade de evitar a crise das economias do mercado, o Estado deveria atuar na redução do poder dos sindicatos, ausentar-se das intervenções econômicas, dos gastos sociais e aumentar o desemprego em massa (Anderson, 1995).

¹ Assim denominadas devido ao resgate e a manutenção tardia de pensamentos liberais e, da mesma forma, por caracterizar um aspecto regressivo para a classe trabalhadora (Behring, 2009)

A hegemonia do neoliberalismo levou aproximadamente uma década para se consolidar, ocorrendo ao final dos anos 1979, com a eleição da ex-primeira-ministra do Reino Unido, Margaret Thatcher, que oportunizou a ascensão do fenômeno, pondo-o em prática. Considerado como pioneiro e o mais puro, o governo neoliberal de Thatcher se comprometeu com a emissão monetária, elevou as taxas de juros e os níveis de desemprego, determinou uma nova legislação anti-sindical, conteve os gastos sociais e, tardivamente, lançou um amplo programa de privatização (Anderson, 1995)

Ao avançar para a América Latina, em especial para o Brasil, a dinâmica neoliberal se desencadeou de maneira distinta. Sendo o último país do continente a implementar a política econômica, em virtude de ter, entre outros motivos que abrangem a dinâmica do capital, uma acentuada atividade política concebida pela classe trabalhadora nos anos 1980, o programa neoliberal se desenvolveu de maneira oposta aos países de capitalismo avançado, uma vez que nunca houve situação de pleno emprego, mas sim uma ampliação do mercado interno de trabalho e consumo, enquanto consequência da crise do Estado desenvolvimentista, não tendo proximidade com o pacto social-democrata e do welfare state (Behring, 2009).

No território nacional, o projeto neoliberal se fortaleceu e constituiu como um programa político após o insucesso do Plano Cruzado, do Plano Bresser (1987) e do Plano Verão (1989), e, da mesma maneira, em virtude dos embates sucedidos na Assembléia Constituinte. Instituindo o entendimento de que a crise da década de 1980 era estrutural, o Modelo de Substituição de Importações (MSI) havia fatigado, e que o projeto neodesenvolvimentista não era capaz de lidar com as questões postas, o discurso liberal radical inaugurou a “Era Liberal” no Brasil, em conjunto com a abertura da economia e o início do processo de privatizações (Filgueiras, 2006).

Conforme Filgueiras (2006), o país, que enfrentava um problema inflacionário aparentemente insolúvel, mas que demonstrava estar positivo após as conquistas evidenciadas na Constituição de 1988, se dividiu entre o discurso liberal-social de Collor e o discurso popular democrático de Lula. Após a vitória de Fernando Collor de Mello, o Brasil, que ainda não estava devidamente preparado para atuar enquanto economia financeiramente emergente, experienciou poucos avanços da agenda de transformações propostas pelo presidente à época.

Com a transição do governo Collor, devido à renúncia do então presidente ao mandato, para o governo de Itamar Franco, emerge o Plano Real, expresso como um plano de estabilização fundamental para barrar os problemas desencadeados pela persistência da alta inflação e, por esse motivo, essencial para o funcionamento do país na dinâmica de

valorização financeira internacional. O plano corroborou para a abertura da economia, elevação da taxa real de juros, para o início das privatizações, visando manter a estabilidade monetária adquirida e criou ambiente propício para o governo que viria a seguir (Paulani, 2006).

3.1 A contrarreforma no governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2003)

Conforme Fiori (1995), ficou consolidado nos anos 1990 um amplo ajuste liberal, apoiado e promovido pelas agências financeiras internacionais e pelos governos nacionais, em conformidade com o Consenso de Washington² para a efetivação do programa de estabilização e reformas institucionais. Isto posto, a chegada de Fernando Henrique Cardoso (FHC) à presidência, em 1995, criou as condições necessárias para o desenvolvimento de uma agenda de reformas baseadas na concepção de que a crise do Estado era o principal motivador da crise econômica do país (Brasil, 1995), corroborando para os programas de privatização, liberalização financeira, corte dos gastos públicos, liberalização dos preços, redução das isenções fiscais, subsídios e linhas de crédito, entre outros (Fiori, 1995).

No entanto, a nomeação do Estado como o causador maior da crise econômica brasileira, de acordo com Penteado Filho (1998), desconsidera o choque externo gerado pelo corte de empréstimos internacionais e o aumento das taxas de juros. Dessa maneira, o primeiro governo FHC inicia um movimento de contrarreforma do Estado³, engendrada pelo então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser-Pereira.

De acordo com Bresser-Pereira (1996), o Brasil vivenciou, entre 1979 e 1994 um período de estagnação da renda per capita e um aumento da inflação sem precedentes. Segundo o ex-ministro, a causa central dessa crise econômica foi a crise do Estado, que perdeu a capacidade de coordenar o sistema econômico em conjunto com o mercado. Por conseguinte, a crise apresentou quatro aspectos: foi uma crise fiscal, uma crise do modo de intervenção do Estado, uma crise política e, emergida com intensidade no fim dos anos 80, se

² O Consenso de Washington foi uma reunião, promovida em novembro de 1989, entre o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Banco Mundial (BM), funcionários do governo norte-americano e economistas latino-americanos, para avaliar as reformas econômicas da América Latina. Em janeiro de 1993, houve outra reunião entre especialistas para discutir programas de estabilização e reforma econômica, propondo um plano unificado de ajuste para as economias periféricas (Fiori, 1995).

³ Para Behring (2011), as reformas sucedidas ao longo dos anos 1990, que estiveram orientadas para o mercado e inseridas em um contexto de culpabilização do Estado acerca da crise econômica à época, foram, em realidade, contrarreformas, pois estiveram destituídas de um viés social-democrata e caracterizaram o desmonte do Estado brasileiro, que passou a estar voltado à lógica do capital. Sob natureza imediatista, pragmática – como se toda mudança fosse uma reforma – e antipopular, pode-se compreender que houve, então, no Brasil, uma extensiva contrarreforma definida por fatores estruturais externos e internos, como a crise econômica de 1980 e o processo de democratização do país (Behring, 2011).

estabeleceu, da mesma forma, como uma crise da forma burocrática em que o Estado era administrado, devido a um “enrijecimento burocrático extremo” gerado pela Constituição Federal de 1988. Conforme o autor, a Constituição contribuiu para o desprestígio da administração pública brasileira, sacramentando princípios arcaicos (Bresser-Pereira, 1996).

À vista disso, para Bresser (1996), a Constituição Federal de 1988 representava um movimento inverso, sendo um retrocesso burocrático em um momento em que o país precisava reformar a administração para torná-la mais eficiente e de qualidade. Assim, segundo Montaño (2010), inicia-se um programa de reforma administrativa-política atrelada à questões econômicas. Tratou-se de uma tentativa de enquadrar a Constituição de 1988 às necessidades do grande capital, subordinando-a às premissas do Consenso de Washington e às regras do FMI, BM e Organização Mundial do Comércio (OMC). Dessa forma, inserida em um contexto de redefinição do papel do Estado, que passaria a estar direcionado à promoção e regulação dos serviços essenciais para o desenvolvimento econômico e social, e com a publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), ficou definida a Reforma da Gestão Pública Federal Brasileira de 1995, em que a privatização foi compreendida como eficaz para reduzir a dívida pública e aumentar a eficiência do sistema econômico (Costa; Peci, 1999).

Uma Reforma Gerencial que estaria direcionada a garantir o caráter democrático da administração pública, a partir da implementação de um serviço público voltado ao atendimento do cidadão e que ficou definida como social-liberal, onde o Estado não deveria ser mínimo, como o de origem neoliberal, mas sim um Estado com maior governança, detentor de “meios financeiros e administrativos para que ele possa intervir efetivamente sempre que o mercado não tiver condições de coordenar adequadamente a economia” (Bresser-Pereira, 1996, p.7).

O governo FHC iniciou um processo de alienação do setor industrial estatal, de privatização da infraestrutura e de concessão dos serviços públicos, suscitando, ao mesmo tempo, a venda de empresas públicas estatais. Objetivando suprir a necessidade de redução dos gastos públicos e dar maior eficiência e governança ao Estado, uma vez que o excesso de controle de processo, a ausência de controle de resultados e, até mesmo, a falta de participação da sociedade civil, estaria reduzindo a eficácia das políticas sociais (Penteado Filho, 1998) implementou o Programa Nacional de Publicização (PNP), por meio da Lei nº

9.637/1998⁴, para transformar os serviços não-exclusivos⁵ do Estado em propriedade pública não estatal,⁶ nomeada como Organização Social (OS) (Bresser-Pereira, 1996).

3.2 Publicização, Organizações Sociais e o Fundo Público

De acordo com o primeiro caderno do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) (1997), a palavra publicização foi criada para que não houvesse correlação entre o processo de reforma, que viria a ocorrer na área das atividades exclusivas/não-exclusivas do Estado, com um possível processo de privatização. Da mesma forma, pretendeu destacar a existência de uma terceira via relevante para o capitalismo contemporâneo: a propriedade pública não estatal, constituída por organizações sem fins lucrativos (Brasil, 1998b).

Nesse sentido, o PNP e a implementação das OS foram estratégias centrais do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, tendo por pressuposto a otimização e o aumento da qualidade da prestação de serviços. Trata-se de um movimento em direção ao setor público não estatal, no qual o Estado é retirado do “papel de executor ou prestador direto” dos serviços sociais de educação, saúde, cultura e ciência, mantendo-se, todavia, como “regulador e provedor ou promotor” destes (Brasil, MARE, cad. 2, 1998, p.9). Com isso, após a consolidação da publicização, as atividades da área social e científica, como as escolas, universidades, hospitais, ambulatórios, centros de pesquisa científica, entre outros, passaram a ser financiadas pelo Estado, mas executadas por organizações sociais.

As Organizações Sociais, ainda conforme o caderno MARE (1998b), representam uma nova forma de administração não estatal, destinadas a absorver as atividades publicizáveis. Integradas por associações civis sem fins lucrativos, com natureza jurídica de direito privado, constituem um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade, no qual pretende-se que a administração pública estatal promova as atividades publicizadas, visando assegurar a garantia dos objetivos das políticas públicas, e que a sociedade civil controle esses resultados, mediante participação nos conselhos de administração. As OS, enquanto entidades que não

⁴ Lei das Organizações Sociais e do Programa Nacional de Publicização (Brasil, 1998a).

⁵ “Corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado, mas este se faz presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem economias externas relevantes, na medida que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços pela via do mercado. São exemplos desse setor as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus.” (Brasil, 1998b, p.10).

⁶ Termo utilizado no referido caderno MARE (1997), para pontuar que o espaço público ultrapassa o estatal, não devendo ser utilizado como sinônimo. “É público o espaço que é de todos e para todos. É estatal uma forma específica de espaço ou de propriedade pública: aquela que faz parte do Estado.” (Brasil, MARE, cad. 1, 1997, p.26).

integram a administração pública indireta⁷, são obrigadas a celebrar contrato de gestão com o poder público, a fim de executar serviços de cunho social. Além disso, na condição de personalidades de direito privado, essas organizações precisam possuir características de gestão similares às praticadas no setor privado, o que inclui a contratação de pessoal nas condições de mercado, a flexibilidade na execução do orçamento e as normas próprias para compras e contratos.

Do mesmo modo, posterior à fundação das OS, em 1998, outros modelos jurídico-institucionais privados passaram a firmar contratos com o Estado, como, a título de exemplo, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), em 1999 e as Parcerias Público Privadas (PPP), em 2004. As OSCIPS foram qualificadas pela Lei nº 9.790/99 e são constituídas por pessoas jurídicas do direito privado, sem fins lucrativos. Podendo atuar em inúmeras áreas sociais, desde que atendam aos requisitos da lei, esse modelo de gestão instituiu, por meio do Termo de Parceria, uma forma de transferência das ações do Estado para Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas entre outras associações da sociedade civil (Correia, 2011).

No que se refere à Parceria Público-Privada, esta foi uma estratégia política emergida no governo Lula com a finalidade de atrair investimentos privados para a economia e, em especial, para o setor de infraestrutura, sob a justificativa de insuficiência dos recursos públicos, assim como pelas restrições ao endividamento do Estado (Andrade, 2019). Dessa maneira, configurada como um contrato administrativo de concessão, seja de modalidade patrocinada⁸ ou administrativa⁹, foi instituída após a publicação da Lei 11.079/04, a qual instaurou normas gerais para a licitação e contratação dessa forma de parceria no âmbito dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, representando uma nova modalidade de aproximação com a iniciativa privada (Brasil, 2004).

Não obstante, a transferência da responsabilidade de questões públicas estatais para as entidades do terceiro setor¹⁰ representa, também, o repasse da gestão de bens e equipamentos públicos e, principalmente, dos recursos financeiros do Estado para o âmbito privado,

⁷ Integrante da Administração Federal, a administração indireta compreende as autarquias, as fundações públicas, os consórcios públicos, as empresas públicas e as sociedades de economia mista (Brasil, 1967).

⁸“Concessão patrocinada é a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado.” (Brasil, 2004, p.1)

⁹ ‘Concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens.’ (Brasil, 2004, p.1)

¹⁰ Organizações privadas, não governamentais, sem fins lucrativos, autogovernadas e de associação voluntária (Violin, 2015)

ampliando a intenção desse setor em apreender recursos provenientes do fundo público para alimentar o mercado financeiro. Segundo Salvador (2012), é impossível conceber o capitalismo sem a utilização de recursos públicos. Dessa maneira, o fundo público exerce função ativa nas políticas macroeconômicas, sendo fundamental para a acumulação produtiva e, da mesma maneira, para as políticas sociais.

Ainda conforme o autor, o fundo público contribui para a reprodução do capital:

- I) Como fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção, que viabilizam a reprodução do capital.
- II) Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição.
- III) Por meio das funções indiretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas.
- IV) No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas (Salvador, 2010, p. 126).

Ademais, é através da mobilização de recursos do fundo público, o qual é constituído por impostos, contribuições e taxas advindas do trabalho excedente, que o Estado intervém na economia, seja pela utilização do orçamento público, ou por meio das políticas monetária e fiscal das empresas públicas. Isso posto, a expressão mais visível do fundo público é o orçamento público, por movimentar valores trilionários que são disputados e transferidos para o capital financeiro (Salvador 2012).

Atrelado a isso, a análise do orçamento é fundamental para a compreensão da política social. O desenvolvimento da política social é espaço relevante para a alocação do fundo público (Behring, 2004) pois a expansão dessas garante o crescimento do mercado de consumo (Salvador, 2012). As políticas sociais são “ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social” que envolvem “relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da segurança social e do bem-estar” (Fleury; Ouverney, 2012, p. 36).

A definição dos objetivos da política social e econômica, assim como a decisão dos programas de governo que serão executados pelo Estado representam o interesse das classes e tem o orçamento público como meio para reivindicações (Salvador, 2012). Este, é utilizado

como um instrumento de controle e direcionamento de gastos, representando, também, a correlação de forças sociais. Dessa forma, ainda segundo o autor, a disposição dos gastos orçamentários permite entender e estimar a importância dada a cada política, de acordo com o contexto histórico, político e socioeconômico do país.

No entanto, o volume de recursos movimentados pelo orçamento público, assim como subsídios e incentivos fiscais, impulsionam interesses externos para a apropriação do fundo público. Dessa maneira, a ampliação de esquemas privados consolidados a partir da “reforma” operada pelo governo FHC e o estabelecimento do Programa Nacional de Publicização expande, para as políticas sociais, a privatização, focalização e descentralização, por meio da inserção de organizações do terceiro setor (Behring, Boschetti, 2006), que dependem fundamentalmente do financiamento estatal, seja ele direto ou indireto. Essa inserção, concretizada com a desresponsabilização do Estado na prestação direta de serviços, que passaram a ser publicizados, fornece elementos que contribuem para a análise acerca de um crescente processo de terceirização no setor público, e, em específico, no serviço público de saúde.

4 A TERCEIRIZAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Conforme Araújo (2001), a terceirização é um fenômeno que se faz presente desde a constituição do sistema capitalista. No decorrer do processo histórico, ainda segundo o autor, a terceirização adquire diferentes conceitos, características e atributos que permitem compreendê-la enquanto um recurso antigo, por ser utilizado desde a gênese do capitalismo como componente secundário e complementar na cadeia produtiva; mas também atual, por se transformar em elemento central para o aumento da eficiência e eficácia das empresas.

O perfil atual desse fenômeno emerge no cerne da reestruturação produtiva, sendo uma resposta à crise do sistema fordista dos anos 1970. Trata-se da era do capitalismo flexível, onde a terceirização se torna primordial para as novas formas de gestão e organização do trabalho (Druck; Oliveira, 2021), que, fundamentadas no toyotismo, requerem maior qualidade, competitividade e produtividade, objetivando a sobrevivência empresarial (Faria, 1994). Dessa forma, a terceirização é um fenômeno mundial que se redefine a partir de diferentes fases históricas capitalismo, dos segmentos produtivos e da organização do trabalho.

Outrossim, essa estratégia de gestão apresenta diferentes argumentações, modalidades, particularidades e formas de regulação, determinadas a partir da localidade em que se insere (DIEESE, 2007). Segundo Amaro Neto (1995), por terceirização pode-se compreender o ato de transferir funções ou atividades de uma empresa de origem para uma empresa subcontratada. Assim, “a empresa contratante deixa de realizar alguma ou várias atividades cumpridas com seus próprios recursos (pessoal, instalação, equipamentos, etc.) e passa-as para empresa(s) contratada(s)” (Amaro Neto, 1995, p. 36).

Para Druck e Oliveira (2021), esse fenômeno, regido pela lógica financeira e pelas políticas neoliberais assegura a flexibilidade imposta pelo capitalismo contemporâneo, o qual requer maiores lucros e o aumento da produtividade das empresas a partir da potencialização do tempo de trabalho, em detrimento da redução de custos com a contratação de trabalhadores. Dessa forma, a terceirização é entendida, também, como

uma estratégia de controle e disciplinamento dos trabalhadores por parte do capital, que os divide, os fragmenta, tornando-os mais heterogêneos, facilitando assim as condições para impor uma maior exploração, através da redução de riscos e custos, por meio da diminuição da remuneração do trabalho, da intensificação das jornadas de trabalho, do aumento dos mecanismos de controle e subordinação direta dos trabalhadores, da negociação privada das condições de trabalho e da redução dos direitos e benefícios conquistados pelos trabalhadores (Druck; Oliveira, 2021, p. 4).

Ainda de acordo com as autoras, juridicamente, essa é uma estratégia empresarial que explora o trabalho assalariado e fragmenta a classe operária por meio da inserção de terceiros na relação de emprego, contribuindo para a desregulamentação do trabalho. Nessa perspectiva, como pontuam Cavalcante e Marcelino (2021), a inserção de uma nova pessoa jurídica entre a empresa de origem e os trabalhadores é uma importante estratégia político-econômica, por possibilitar a renegociação dos gastos com a força de trabalho, estando de acordo com as necessidades do mercado, e por manter um controle técnico sobre o processo de trabalho, externalizando conflitos trabalhistas resultantes da pressão econômica pela diminuição dos custos.

Assim, esse fenômeno mundial voltado para a focalização, no qual a empresa deve concentrar esforços naquilo que consegue produzir com maior qualidade e a custos menores, resulta na desintegração da cadeia produtiva das empresas ao transferir parcelas do processo produtivo para terceiros, combinando, dessa maneira, objetivos econômicos, para a redução de custo e incremento da produtividade, e organizacionais, para o aumento da flexibilidade, qualidade e competitividade empresarial (Araújo, 2001). Além disso, possui, segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) (1994), dois padrões: o reestruturante e o predatório. O intuito de ambos é a redução dos custos, no entanto, o padrão reestruturante prevê para a empresa um maior controle sobre o processo produtivo, por meio da redução das formas de produção e de processos de trabalho; e o predatório visa a redução de custos, sendo caracterizado pela exploração de relações precárias de trabalho.

Em contexto brasileiro, conforme documento do DIEESE (1993), a terceirização foi se estabelecendo enquanto um importante instrumento para a obtenção da flexibilidade empresarial. Ao longo dos anos 1950, o processo de industrialização do Brasil esteve em amplo crescimento, apoiado em uma política industrial que privilegiava a proteção do mercado interno e a concessão de subsídios para o setor privado. Ainda conforme o DIEESE (1993), essa expansão acarretou no fechamento da economia à concorrência internacional; em uma disparidade tecnológica entre empresas nacionais e multinacionais, na inabilidade dos fornecedores locais em atender a itens como quantidade, qualidade; na precariedade dos transportes e comunicações; no protecionismo da política industrial, entre outros, fazendo com que as empresas passassem a integrar todas as fases do processo produtivo.

No transcorrer dos anos, entretanto, as empresas passaram a adotar uma política voltada para a redução de custos e melhoria da qualidade, se aproximando dos moldes de organização e gestão do trabalho presentes nas economias centrais, sobretudo após a abertura do mercado brasileiro, no qual se passou a ter um intenso acirramento da concorrência. Com isso, essas empresas passaram a adotar proposições típicas do sistema toyotista na busca por formas de “parceria” com fornecedores que resultasse em uma maior flexibilização e desverticalização integrada, onde grupos empresariais menores produziriam integradamente e de acordo com as variações da demanda (DIEESE, 1993). Nessa perspectiva, a terceirização se mostrou como a solução para redução de custos, a princípio no serviços de apoio e em seguida na própria cadeia produtiva, se instalando em diferentes órgãos, atividades e espaços ocupacionais (Araújo, 2001).

No que tange a gestão pública do país, de acordo com Druck (2016) esse processo de subcontratação começa a surgir, de forma limitada e com atributos anteriores aos estabelecidos no capitalismo flexível, no ano de 1967, devido à reforma administrativa empreendida pelo governo militar – conforme explicitado no Decreto-Lei nº 200/1967 – a qual objetivou inibir o crescimento excessivo da máquina administrativa por meio da descentralização da administração pública em:

I- Administração Direta, que se constitui dos serviços integrados na estrutura administrativa da Presidência da República e dos Ministérios.

II- Administração Indireta, que compreende as seguintes categorias de entidades, dotadas de personalidade jurídica própria:

- a) Autarquias;
- b) Empresas Públicas;
- c) Sociedades de Economia Mista;
- d) Fundações públicas (incluídas pela lei nº 7596/1987) (BRASIL, 1988).

Não obstante, esse processo se consolidou somente após as mudanças institucionais e estruturais ocorridas no Brasil no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, impulsionado pela necessidade de implementação da reestruturação produtiva. O supracitado Decreto-Lei 200/67 foi o marco legal que disciplinou a entrega de serviços do âmbito federal para a iniciativa privada, não sendo aplicado às demais esferas governamentais. Por conseguinte, foi a partir da publicação da Lei 8.666/93 – revogada pela Lei nº 14.133/21 – que tratava de licitações e contratos na administração pública, que a contratação de serviços no âmbito dos estados, municípios e Distrito Federal foi regulamentada, definindo algumas regras para a terceirização no serviço público.

Além da referida lei, outros aspectos jurídico-legais acerca da terceirização se referem à adoção do contrato por tempo determinado na administração pública, sem requisito de concurso público, por meio da Lei 8.745, de 1993¹¹ e do Enunciado 331, publicado em dezembro de 1993. O enunciado do Tribunal Superior do Trabalho (TST), conhecido por realizar uma síntese da legislação brasileira sobre a terceirização, discorre sobre a ilegalidade da subcontratação das atividades-fim, ou seja, das atividades que venham a ter relação direta com a atuação principal dos órgãos da administração pública direta, indireta, assim como dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Ainda assim, a terceirização se generalizou para todas as atividades e tipos de trabalho, com diferentes métodos e formas de regulação, e legislação, sobremodo após a Reforma Administrativa do Estado, em 1995, a qual determinou diretrizes e a concepção de um Estado gerencial em que a privatização e a contratação de terceiros possuem lugar central. A reforma, que já havia propiciado ao Estado novas áreas de atuação que estabeleceram as atividades exclusivas do núcleo estratégico; os serviços não exclusivos, que deveriam ser publicizados, como hospitais e ambulatórios; e a área de produção de bens e serviços para o mercado; reestruturou carreiras, extinguiu cargos públicos e abriu espaço para a Lei nº 9.637/1998, e para a Lei Complementar nº 101/2000¹², a qual determinou limites financeiros para a contratação de pessoal via concurso público e, consequentemente, incentivou o processo de subcontratação (Druck *et al.* 2018). Isto posto, a terceirização foi empregada ao longo dos anos como instrumento de gestão no âmbito das organizações estatais, da administração indireta, fundações e autarquias (DIEESE, 2007).

Conferindo ênfase à área da saúde, as mudanças executadas principalmente a partir de 1964 – a Constituição de 1967, o Decreto-Lei nº 200/67 e a Constituição de 1969 – foram norteadoras para privilegiar a contratação dos serviços de terceiros e consequentemente, para a inserção de entes privados nesse setor. Assim, diferentes modalidades de terceirização foram inseridas na saúde, das quais, conforme documento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do ano de 2021, as Organizações Sociais se destacam. Segundo a pesquisa, realizada nos 5.570 municípios brasileiros, o modelo mais comum de órgão

¹¹ Dispõe sobre a contratação de pessoal por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público (Brasil, 1993).

¹² Tratou dos limites de gastos com a adoção da terceirização nas esferas municipal, estadual e federal, expressa no texto da Lei de Responsabilidade Fiscal; Estabeleceu a contabilização de gastos com “Outras Despesas com Pessoal” apenas para os contratos de terceirização de mão-de-obra que substituem servidores ou empregados públicos. Assim, não abrange as despesas com a subcontratação de empresas e com a contratação temporária, emergencial, e de comissionados, e também não inclui os gastos com as organizações sociais e outras entidades do terceiro setor no limite da despesa total com pessoal (Brasil, 2000).

administrador dos serviços de saúde são as organizações sociais, presentes em 47% dos 891 municípios onde existem estabelecimentos municipais de saúde terceirizados e em 62,2% dos 4.194 estabelecimentos municipais de saúde. À vista disso, faz-se preciso compreender o momento de inserção e consolidação do setor privado no serviço de saúde brasileiro – uma vez que este esteve composto por variadas organizações públicas e privadas no decorrer de diferentes períodos históricos – e, da mesma maneira, entender os rebatimentos dessa inserção no setor de saúde do Brasil (Paim *et al.* 2011).

4.1 A inserção do setor privado no Sistema de Saúde brasileiro

O advento da intervenção do Estado brasileiro na área de assistência médica data o ano de 1923, quando foi instituída pelo governo as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), através da Lei Eloy Chaves¹³ (Escorel; Teixeira, 2012). Foi durante o governo Vargas, entre 1930 e 1940, e dos governos militares, de 1964 a 1984, que o sistema de proteção social se expandiu para o território nacional, ainda que de forma fragmentada. Consequentemente, o sistema de saúde passou a ser constituído por um Ministério da Saúde e por um sistema de assistência médica previdenciária, no qual o fornecimento dos serviços não abrangia a toda a população, estando direcionado apenas a determinadas categorias profissionais, como, por exemplo, os ferroviários, marítimos, bancários, entre outros. Para os que não possuíam emprego formal, a oferta de serviços de saúde era ineficaz e desigual, sendo composta, principalmente, por serviços de saúde privados ou filantrópicos (Paim *et al.*, 2011).

Com o golpe militar de 1964, houve o crescimento de um sistema de saúde hegemonicamente privado, sobretudo nos centros urbanos. A assistência médica previdenciária que era prestada pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) foi unificada no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), onde se priorizou a contratação de serviços terceirizados, sob o argumento de uma inabilidade da rede própria em propiciar assistência adequada a todos os beneficiários. Assim, o INPS se tornou um grande incentivador e comprador de serviços privados de saúde, privilegiando a prática médica direcionada ao lucro (Escorel, 2012).

Dentre os modelos previdenciários de atenção à saúde à época, ainda segundo os autores, passou a ser expressivo o crescimento de convênios com empresas da chamada

¹³ A Lei Eloy Chaves, oficialmente conhecida como Decreto Legislativo nº 4.682, foi promulgada em 24 de janeiro de 1923 no Brasil e é amplamente considerada o marco inicial da previdência social no país. A lei foi proposta pelo deputado paulista Eloy Chaves e criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os empregados das empresas ferroviárias (Brasil, 1923).

medicina em grupo, as quais, direcionadas ao lucro, buscavam reduzir a quantidade de serviços prestados e baratear custos. Nessa modalidade, a assistência à saúde do trabalhador deveria ser prestada por um convênio médico contratado pelas empresas, que deixavam de contribuir para o INPS e passavam a pagar mensalmente – para as empresas médicas – um valor fixo referente a cada empregado integrante do quadro de funcionários. Todavia, para casos mais complexos e que demandavam tempo de internação, a assistência médica da previdência social deveria permanecer atuando para atender os empregados dessas empresas.

Assim, o Ministério da Saúde, que seguia a lógica e o modelo previdenciário, foi colocado em segundo plano por ser considerado um impasse para a modernização, visto que possuía atuação voltada para o coletivo, era financiado pelo orçamento fiscal da União e não objetivava retorno monetário. Com isso, a saúde pública se tornou ineficiente, conservadora e, destituída de recursos financeiros, teve atuação limitada a campanhas ineficazes, resultando em graves consequências para a saúde da população. Em contraste, no decurso dos anos 1970 e 1974, o Estado passou a disponibilizar parte dos recursos do orçamento federal para a construção e reforma de hospitais privados (Paim *et al.*, 2011). A prestação de serviços médicos privados financiados pela previdência social contou com uma grande expansão no número de leitos hospitalares, transitando de 14,4% do total de leitos privados, em 1960, para 44%, em 1971, além de ter possuído o maior orçamento da história (Escorel, 2012).

Nessa linha, o financiamento direto para que as empresas privadas concedessem assistência médica aos empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, ocasionando, com isso, uma maior da oferta dos serviços médicos e o crescimento de planos de saúde privados. No entanto, o aumento da cobertura previdenciária e de um mercado de saúde que utiliza como modelo de remuneração o “fee for service”, no qual são feitos pagamentos ao setor privado a partir dos serviços médicos que foram realizados, possibilitou uma crise do financiamento da previdência social, que em conjunto com a recessão econômica do anos 80, corroborou para uma reforma no setor de saúde brasileiro (Paim *et al.*, 2011). A proposta de reforma para a área da saúde emergiu ao longo do período mais repressivo do autoritarismo, entre o final da década de 1960 e início dos anos 1970. Surgia, então, um amplo movimento social, o qual reuniu inúmeros profissionais da saúde e de outros setores da sociedade que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, procuraram alcançar amplas modificações para o sistema de saúde, visando a redemocratização do país e a democratização da vida social (Escorel, 2012).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) é um movimento social considerado recente e ainda em construção no Brasil. Possuindo como marco a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a reforma esteve empenhada em intervir amplamente no atendimento das demandas de saúde, visto que era preciso uma nova perspectiva para efetivar mudanças e garantir a melhoria na qualidade de vida e saúde da população (Paim; Almeida-Filho; Reis; 2023). O CEBES se constituiu como um “um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde” (Paim, 2008, p. 78), no qual se pretendia a unificação dos serviços de saúde, a participação social dos cidadãos e a ampliação do acesso a serviços de qualidade. Dessa maneira, ao colocar a saúde como parte integrante do processo histórico-social, a entidade concretizou o pensamento médico-social, tornando-se uma peça essencial, mas não única, do movimento sanitário enquanto movimento social organizado (Escorel, 2012).

Outrossim, foi após a realização da 8^a Conferência Nacional de Saúde (CNS)¹⁴, em 1986, que a expressão reforma sanitária se tornou a identidade do movimento pela democratização da saúde no país. Mediante relatório final, a conferência pontuou a necessidade de mudanças para o setor de saúde, no qual deveriam ser sucedidas alterações que ultrapassassem os limites de uma reforma administrativa, sendo preciso uma reformulação mais profunda, com o objetivo de ampliar e rever o conceito, a ação institucional, e a legislação que diz respeito à proteção e a recuperação da saúde. Com isso, assumindo um conceito amplo de saúde, a 8^a CNS qualifica a RSB como uma reforma social, não apenas administrativa e financeira, uma vez que esta vai além do setor de saúde, implicando em um conjunto de mudanças demandadas pela sociedade civil (Paim; Almeida-Filho; Reis; 2023).

Portanto, o movimento pela reforma sanitária brasileira instaurou uma nova maneira de pensar e atuar na área da saúde, a colocando como uma questão sociopolítica, não apenas biológica, por se configurar como uma prática social que precisa ser debatida em âmbito público, não devendo ser mercantilizada ou utilizada como fonte de lucro. Foi através da 8^a Conferência Nacional de Saúde e da ampla participação da sociedade civil organizada que o conjunto de políticas articuladas proposta pelo projeto da reforma sanitária foi efetivada, resultando na aprovação do conceito ampliado de saúde; na unificação do sistema, assim

¹⁴ A 8^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um evento importante no contexto da saúde pública brasileira. Realizada em 1986, teve como objetivo principal discutir políticas e diretrizes para o Sistema Único de Saúde (SUS), então em processo de criação. Essa conferência foi marcada por uma ampla participação da sociedade civil, profissionais de saúde, gestores e representantes do governo. A 8^a CNS teve um papel crucial na consolidação do modelo de saúde pública participativa no Brasil, no qual a população tem voz ativa na formulação e na fiscalização das políticas de saúde, contribuindo significativamente para a democratização do acesso à saúde e para o fortalecimento do SUS como um sistema público, universal e integral.

como na elaboração de novas bases financeiras para este; no direito à cidadania e dever do Estado; e na formação de instâncias de participação da sociedade civil (Escorel, 2012). Nessa oportunidade, foi criado o SUS, regido pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade (Brasil, 1988).

O SUS foi implementado no início da década de 1990 pela Lei nº 8.080, como um “conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990). Se constitui, assim, por serviços públicos e também, por uma rede de serviços privados – em caráter complementar – sendo um modelo de saúde norteado por princípios e diretrizes que partem da concepção ampliada de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, devendo garantir-a a partir de políticas sociais e econômicas, conforme determinado no art. 196 da Constituição Federal de 1988 (Noronha; Lima; Machado, 2012).

Classificado como a maior política pública conquistada através da mobilização social, segundo Teixeira *et al.* (2023), esse sistema de saúde pode ser compreendido como uma Política de Estado resultante do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, por proporcionar diferentes modificações na esfera jurídica, política, institucional, organizativa e operacional do sistema. A saúde passou a ser empreendida como um direito inalienável de toda a sociedade, devendo ser garantida pelo Estado através de políticas sociais e econômicas que garantam uma melhor qualidade de vida para indivíduos e grupos. O SUS é, por conseguinte, a ratificação de uma concepção universalista do direito à saúde, composta por princípios, diretrizes e dispositivos jurídicos que direcionam a ação governamental à garantia de acesso da população à serviços que proporcionem saúde e bem-estar, superando o que foi herdado pelo sistema de saúde anterior à Constituição Federal de 1988.

Não obstante, a RSB e a implementação do SUS se efetivaram em direção oposta aos acontecimentos dos anos 1990, encontrando impasses devido a um período de contrarreforma neoliberal, em que se priorizava a privatização de empresas públicas, a redução do funcionalismo público, a precarização do trabalho e a reforma do aparelho do Estado (Levcovitz; Lima; Machado, 2001). Atrelado a esse cenário de debate acerca da reforma estatal, houve uma busca por alternativas de gestão para o serviço público de saúde, pretendendo uma utilização mais eficiente dos recursos públicos. Essa busca permitiu que novas modalidades de gestão, como as Organizações Sociais, propostas por Bresser-Pereira, adentrassem as organizações governamentais de saúde (Pinto *et al.*, 2023).

O processo de descentralização da gestão hospitalar, entre os anos de 1990 e 2002, possui como marco normativo as Normas Operacionais Básicas e de Assistência à Saúde (NOB E NOAS) (Santos, 2017). Nessa linha, as experiências iniciais com os modelos de organização pública não estatal, sobretudo nos serviços hospitalares, ocorreram em diferentes estados brasileiros. Na Bahia, em especial, o surgimento dessas modalidades se deu com a criação do Programa de Incentivo às Organizações Sociais (PIOS), por meio da lei estadual 7.027/97, que possuía o objetivo de “fomentar a absorção de atividades que, por força de previsão constitucional, já venham sendo exercidas também pelo setor privado tais como [...] saúde ou outras, pelas Organizações Sociais” (Bahia, 1997, p.1). É válido observar que a referida lei é anterior à Lei Federal das Organizações Sociais, destacando a primazia do Estado na incorporação dessa forma de gestão.

4.2 Os modelos de administração pública não estatal como alternativa para a gestão hospitalar do SUS-BA

A orientação para a criação de diferentes modelos de organização pública não-estatal, no estado da Bahia, foi incorporada no governo Paulo Souto, em 1995, corroborando com o discurso reformista incitado nacionalmente por FHC e Bresser-Pereira. Na área da saúde, essa inserção deve-se à crise hospitalar enfrentada nos anos 1990, cenário que favoreceu à Secretaria de Saúde, às secretarias sistêmicas e ao Governador do Estado a identificação de um problema gerencial significativo para a administração dos hospitais estaduais (Pinto, 2004).

As soluções propostas para enfrentar o problema da gestão hospitalar divergiam entre duas abordagens principais. De um lado, se tinha as ideias advindas de profissionais da saúde que, alinhados com os princípios do movimento da Reforma Sanitária, defendiam a capacitação de dirigentes por meio de cursos que resultariam em medidas inovadoras para melhorar a eficiência e eficácia dos serviços, sem que se alterasse a gestão hospitalar. No entanto, essa perspectiva não incluía medidas concretas e resolutivas para os problemas encontrados, como, por exemplo, a baixa taxa de ocupação dos leitos (Pinto, 2004).

Por outro lado, ainda segundo a autora, estavam as propostas elaboradas no âmbito da Secretaria de Administração do Estado da Bahia (SAEB), que, para resolução da problemática, adotou um enfoque gerencialista, o qual priorizava a modernização administrativa em consonância com o projeto de reforma do Governo Federal. A divergência entre essas alternativas gerou embates no âmbito do Conselho Estadual de Saúde (CES),

especialmente após o envio da proposta governamental à Assembleia Legislativa. Dessa maneira, foi desencadeado um intenso debate, que envolveu diferentes grupos de interesse, governamentais ou não, em oposição à proposta de reforma gerencial defendida pelo Governo do Estado.

Não obstante, a crise hospitalar era um problema grave, reconhecido por todos os setores envolvidos no processo e amplamente percebido pela população, fator que requisitava uma alternativa concreta que, com base nas análises do desempenho dos hospitais públicos, se revelasse promissora para melhorar a eficiência, reduzir custos e, possivelmente, aumentar a produtividade dos serviços. Assim, com a eleição de Paulo Souto para Governador do Estado da Bahia, sob alto índice de aprovação popular, o cenário político tornou-se extremamente favorável às propostas gerencialistas, utilizadas para promover uma mudança no modelo de gestão das unidades hospitalares (Pinto, 2004).

A combinação entre a política e a proposta para a crise hospitalar, que parecia oferecer uma oportunidade para substituir as antigas práticas de gestão do serviço público, colaborou para a inserção das Organizações Sociais nos hospitais do Estado. Apesar dos esforços de alguns atores, como representantes da oposição no Conselho Estadual de Saúde, que tentaram bloquear essa mudança, a implementação dessas novas práticas consolidou modelos de gestão considerados modernos e eficientes (Pinto, 2004). Assim, passaram a ser transferidos para o setor privado a responsabilidade pela execução de serviços que não são exclusivos do Estado, avançando no programa de modernização administrativa estadual (Reis; Coelho, 2018).

Pode-se inferir, dessa maneira, que o processo de modernização e expansão da rede própria hospitalar do SUS Bahia se deu com a criação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) (Pinto, 2004; Santos, 2017). A princípio, houve a promulgação da Lei Estadual nº 7.027/97, que implementou o PIOS, qualificou doze organizações sociais e regeu três contratos de gestão¹⁵ até o ano de 2002 (Coelho Filho, 2012). Posteriormente, o programa foi regulamentado pelos decretos nº 6.480, de junho de 1997, nº 7.007 e nº 7.008, de novembro do mesmo ano. No entanto, essa promulgação não garantiu a atuação definitiva das OS, pois havia, dentro do CES, das universidades e de outros espaços da sociedade, questionamentos acerca da constitucionalidade e legalidade das publicizações (Pinto, 2004), uma vez que as

¹⁵ De acordo com Coelho Filho (2012), os três primeiros contratos foram: na área da saúde, o do Hospital Regional Mario Dourado Sobrinho, gerido pelo PROMIR-OS, em 1999; na área de educação, o Centro de Estadual de Educação Profissional Prof. Áureo de Oliveira Filho, gerido pela ASCETEB-OS, em 2001; e, ainda no ano de 2001, na área de agricultura, a Biofábrica de Cacau, gerenciada pelo Instituto Biofábrica de Cacau.

entidades privadas deveriam participar do SUS apenas de maneira complementar (Brasil, 1990).

Nesse ínterim, em decorrência da movimentação política desfavorável à implementação das organizações sociais, a SESAB adotou a terceirização como modelo para a gestão hospitalar (Bahia, 2002). A terceirização, que estava alicerçada pela Lei 8.666/93¹⁶, adentrou a administração hospitalar baiana sob a crença de que o sistema público não era capaz de assumir as exigências postas ao sistema de saúde, sendo considerada como uma estratégia para alcançar maior flexibilidade e eficiência na prestação de serviços de saúde no âmbito hospitalar. No entanto, a efetividade das terceirizações, incorporadas entre os anos 1996 e 2006, foi questionada, discutida e pressionada por setores da sociedade, e principalmente pela oposição política, o que acarretou, com a entrada do Partido dos Trabalhadores (PT) na Presidência da República, em 2003, na consumação das OS pela Lei nº 8.647/03, a qual criou o Programa Estadual das Organizações Sociais (PEOS) (Reis; Coelho, 2018).

Conforme artigo primeiro da Lei 8.647/03, o PEOS tem como objetivo "fomentar a absorção, pelas Organizações Sociais constituídas na forma desta Lei, de atividades e serviços de interesse público atinentes ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e institucional, à proteção e preservação do meio ambiente, bem como à saúde, ao trabalho, à ação social, à cultura e ao desporto e à agropecuária." Com esse propósito, o programa tem como diretrizes básicas: a adoção de critérios que assegurem padrão de qualidade na execução dos serviços e no atendimento ao cidadão; a promoção de meios que favoreçam a efetiva redução de formalidades burocráticas na prestação dos serviços; a adoção de mecanismos que possibilitem a integração entre os setores público, a sociedade e o setor privado; a manutenção de um modelo de gestão que permita a avaliação da eficácia quanto aos resultados (Bahia, 2016).

Foi através do PEOS que o Governo do Estado da Bahia instituiu efetivamente a transferência da gestão de serviços e atividades não exclusivas para o setor público não estatal, concretizando um vínculo com as OS mediante contrato de gestão que assegura a essas entidades do direito privado um caráter público e com devida autonomia administrativa e financeira (Bahia, 2016). Entre as mudanças suscitadas pela Lei 8.647/03, destacam-se:

- a) a criação do Conselho Estadual de Gestão das Organizações Sociais (CONGEOS), órgão consultivo, deliberativo e de supervisão, com finalidade de planejar, coordenar, acompanhar e implementar as ações do PEOS;

¹⁶ Lei de Licitações e Contratos Administrativos, revogada pela Lei 14.133/2021.

- b) a possibilidade de aproveitamento do quadro de servidores públicos por Organizações Sociais, desde que o funcionário mantenha vínculo trabalhista com o Estado;
- c) a exclusão do status de subvenção social aos recursos financeiros transferidos para as Organizações Sociais, evitando seu vínculo a determinadas despesas, mas mantendo a obrigatoriedade de sua previsão no orçamento da respectiva Secretaria contratante;
- d) vedação da participação de servidores públicos nos Conselhos Deliberativo ou Fiscal da organização social;
- e) introdução o processo de seleção de entidades sem fins lucrativos, dispensando o uso do processo licitatório com base na Lei no 8.666/93;
- f) dispensa a necessidade de qualificação prévia da entidade como organização social para participar de processo seletivo, favorecendo a ampliação da concorrência;
- g) qualificação de entidades como organização social passa a ser ato vinculado;
- h) fortalecimento da mecânica de monitoramento e avaliação, que além do costumeiro enfoque no resultado, passou-se também a avaliar a capacidade de gestão das organizações sociais na execução dos contratos de gestão, através de metodologia especificamente desenvolvida para esse propósito (Coelho Filho, 2012, p. 6).

Isto posto, o programa deve ser operacionalizado pela Secretaria da Administração do Estado da Bahia (SAEB) por meio da Superintendência de Gestão e Inovação (SGI) na qualidade de Secretaria Executiva do Conselho de Gestão das Organizações Sociais (CONGEOS). Da mesma forma, deve ser instrumentado pelas Secretarias de Estado que possuem parcerias firmadas com OS, sendo essas responsáveis pelo planejamento do serviço e pelo acompanhamento, monitoramento e avaliação do contrato de gestão (Bahia, 2016).

A expansão do PEOS se deu especialmente a partir do ano de 2007, quando a rede hospitalar do estado foi acometida por problemas relacionados à contratação de pessoal; a infraestrutura deficiente; falhas na gestão administrativa e assistencial; superlotação devido à insuficiência de leitos; altos custos dos procedimentos; desperdício e falta de planejamento na oferta de serviços, entre outros (Andrade, 2019). Diante disso o governo estadual à época, comandado por Jaques Wagner, do PT, empenhou-se na ampliação de diferentes modalidades de gestão, resultando na integração de novas entidades jurídicas na área da saúde.

Nessa conjuntura, a gestão da Secretaria de Saúde do estado passou a ser liderada por Jorge Solla, um médico especialista em saúde pública que, buscando melhorar a gestão dos hospitais, adotou discursos opostos aos da administração anterior, liderada por Paulo Souto e defendeu a criação de "fundações estatais" (Reis; Coelho, 2018). A criação das fundações estatais para a administração de hospitais públicos na Bahia era uma política prioritária no governo de Jaques Wagner, visando à "desprivatização" da saúde herdada do governo antecessor. O discurso central dessa política era promover maior autonomia, flexibilidade e

participação do controle social. Segundo Jorge Solla, as fundações teriam uma capacidade gerencial superior à da gestão direta e comparável, em parte, à das OSS, embora essa última funcionasse de maneira inadequada e devesse ser desconsiderada como um modelo alternativo adequado para a rede hospitalar (Solla, 2009).

No entanto, conforme registrado na 134^a Reunião Ordinária do CES, o período inicial do governo Wagner não foi favorável para a área da saúde, a qual detinha os piores indicadores do Nordeste, apresentando fragilidades nos mecanismos de gestão, contratos irregulares e um grande número de hospitais públicos terceirizados. À vista disso, aumentaram as discussões sobre a necessidade de desenvolver mecanismos inovadores de gestão para a rede de serviços públicos das secretarias de saúde, objetivando diminuir a rigidez do controle centralizado nos processos licitatórios, aumentar a agilidade e a regularidade no funcionamento dos serviços de saúde, e atender ao interesse público (Reis; Coelho, 2018).

Nesse sentido, os gestores públicos delimitaram um novo caminho para a expansão da oferta de serviços hospitalares no SUS Bahia, estabelecendo contratos de concessão administrativa com o setor privado por meio das Parcerias Público-Privadas (PPP) (Reis; Coelho, 2018). De acordo com Carrera (2014), a Parceria Público-Privada surgiu na Inglaterra, em 1992, como parte de um programa do governo Thatcher que buscava incentivar a realização de obras e a gestão de serviços públicos com o apoio do setor privado. Os objetivos incluíam aumentar a participação do capital privado na prestação de serviços públicos, diminuir o intervencionismo estatal na economia e desmantelar monopólios em certas atividades econômicas. No Brasil, consolidada a partir da promulgação da Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, a PPP é um modelo institucional que permite a provisão de serviços públicos com maior flexibilidade e foco em resultados, no qual o Estado deve atuar nas atividades de planejamento, regulação e monitoramento de desempenho, visando garantir a proteção do interesse público.

Essa modalidade de concessão administrativa ganhou destaque na área da saúde por desempenhar um papel essencial na atração de investimentos, nacionais e internacionais, para projetos de interesse público, visando a melhoria na prestação de serviços à população. Nessa conjuntura, foi implementado o primeiro projeto de PPP, do país, para a gestão e operação de uma unidade hospitalar: o Hospital do Subúrbio (HS). Inaugurado em 13 de setembro de 2010, na cidade de Salvador, Bahia, o HS é um hospital geral público estadual de gestão privada, em que a concessionária é responsável tanto pela administração predial e manutenção

do equipamento público – bata cinza¹⁷ – quanto pelo atendimento médico-assistencial aos usuários – bata branca (Almeida, 2017). Com perfil de urgência e emergência para o atendimento de pacientes adultos e pediátricos, está embasada na Lei nº 9.290, de 27 de dezembro de 2004, que criou o Programa de Parcerias Público-Privadas do Estado da Bahia (Carrera, 2014).

Conforme Andrade e Pinto (2022), as mudanças na esfera do governo estadual e na gestão da SESAB foram cruciais para a ascensão das PPPs na agenda governamental baiana. No HS, o processo político que apoiou a implementação do modelo PPP foi influenciado pela atuação de grupos ligados às secretarias do governo, sindicatos, partidos políticos, instituições financeiras internacionais, bancos e, em menor grau, pelo controle social. Entre as opções existentes para a gestão do hospital, que incluíam a administração direta, o modelo de OS, a terceirização e a criação de Fundação Estatal Hospitalar, a escolha do modelo PPP esteve embasada em vários argumentos que se referem à agilidade na prestação de contas e controle para o gestor; a equipagem e manutenção da unidade, que permitiriam uma inauguração rápida; a transparência no processo licitatório; e ao estabelecimento de um contrato único para a gestão de vários serviços.

Além dessas motivações, um elemento fundamental e requisito legal que respaldou a escolha do modelo PPP para a gestão hospitalar, conforme a Lei nº 11.079/2004, foi o "value for money", ou seja, as vantagens socioeconômicas que asseguram que o modelo PPP é menos oneroso que os demais (Andrade; Pinto, 2022). No contexto do HS, para demonstrar o melhor "value for money", a SESAB analisou e comparou os custos do Hospital Geral do Estado, um hospital de urgência e emergência sob gestão direta. A precificação do projeto foi embasada em estudos financeiros realizados entre o International Finance Corporation (IFC) e a Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia, levando em consideração a equipagem do hospital e a gestão clínica e não clínica. Nesse processo, foram agrupados itens relativos ao custeio da unidade, como recursos humanos, materiais, de utilidade pública, tributos e ao investimento em equipamentos (Carrera, 2014).

A segunda PPP na área hospitalar baiana foi a do Instituto Couto Maia (ICOM), inaugurado em julho de 2018, também em Salvador. O ICOM é um centro especializado em doenças infecto-contagiosas que oferece atendimento de urgência e emergência, ambulatório especializado, Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), uma agência

¹⁷ Os modelos de PPP na área da saúde variam e podem envolver, ou não, serviços clínicos assistenciais. Essas modelagens são nomeadas como bata branca e bata cinza (Andrade, 2019).

transfusional, além de serviços de reabilitação e logística (Bahia, s.d.). É resultado da fusão do antigo Hospital Couto Maia com o Hospital Dom Rodrigo de Menezes, voltado ao tratamento de pacientes ambulatoriais com hanseníase.

No Couto Maia o projeto se desenvolveu de maneira diferente, devido a preexistência da unidade, referência em infectologia no país, que contava com uma equipe técnica consolidada e excelente quadro de profissionais. Ainda assim, fazia-se necessário uma nova estrutura física, com equipamentos mais modernos e estrutura mais adequada, o que resultou na adoção da PPP de modelo bata cinza para a construção e operação de serviços não assistenciais na unidade hospitalar. Iniciado em 2012, o ICOM emerge a partir de experiências adquiridas com o HS e também com as PPPs da cidade de Belo Horizonte, presentes no Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro e na Atenção Primária de Saúde (Carrera, 2014).

Assim como no Hospital do Subúrbio, a consulta pública¹⁸ do Instituto Couto Maia destacou aspectos qualitativos de "value for money" que favoreceram o projeto. Entre esses aspectos estavam: a contratação integrada, o baixo risco de interrupção dos serviços, a longa duração do contrato, a redução dos custos transacionais ao longo dos quase 22 anos de concessão, a gestão baseada em resultados com indicadores técnicos, a exigência de padrões mais altos de governança, a transferência de investimentos para o operador, a transferência de riscos para o setor privado, a atração de operadores qualificados, a maior capacidade de captação de recursos e o incentivo para cumprir os prazos estabelecidos.

O processo político que corroborou, a princípio, para a inserção do modelo PPP na saúde contou com grande participação de atores governamentais, que compreendiam a parceira como algo inovador para garantir a universalização do acesso à saúde e atores não governamentais, que observavam a saúde enquanto mercadoria, capturando-a como algo positivamente rentável (Andrade; Pinto, 2022). Com isso, compreendendo o contexto nacional, em que a esfera econômica se sobrepõe às políticas sociais, ocasionando em uma significativa transferência de recursos do fundo público para instituições privadas de saúde — em particular através de isenções fiscais, terceirizações e privatizações — pode-se inferir que no interior do processo decisório que direcionou a escolha do modelo PPP para o setor de saúde havia um amplo jogo de interesses políticos, macro-organizacionais, econômicos e ideológicos que, ainda de acordo com Andrade e Pinto (2022), ultrapassam fronteiras e abrangem grandes instituições financeiras.

¹⁸ É um mecanismo consultivo de participação social, com prazo definido e acessível a qualquer interessado, que visa a receber contribuições sobre um determinado assunto. Este processo promove a inclusão da sociedade na tomada de decisões relacionadas à formulação e definição de políticas públicas (Brasil, s.d.).

Nesse panorama, observa-se a adoção de dois modelos principais de gestão não estatal na rede hospitalar baiana: as Organizações Sociais (OS) e as Parcerias Público-Privadas (PPP), as quais vêm substituindo a gestão direta anteriormente realizada pelo poder público. É importante destacar que, em consonância com a Lei 8.080/90¹⁹ cabe à direção estadual do SUS descentralizar para os municípios os serviços e ações de saúde, isto é, transferir a responsabilidade por planejar, organizar, controlar e avaliar, além de gerir e executar os serviços públicos de saúde. No entanto, no Estado da Bahia, nota-se um movimento contrário, devido à estadualização²⁰ das unidades e o crescente repasse da gestão hospitalar para as organizações não estatais contratualizadas pela SESAB, como será pontuado em capítulo subsequente.

¹⁹ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Brasil, 1990).

²⁰ O Estado da Bahia retira a responsabilidade do município visando ampliar a oferta de atendimentos (Bahia, 2023).

5 A TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO DOS HOSPITAIS ESTADUAIS DO SUS BAHIA MEDIANTE OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA NÃO ESTATAL

A contextualização histórica realizada para desvelar o momento de inserção das organizações públicas não estatais no Brasil e, principalmente, na Bahia, foi fundamental para estruturar a discussão sobre a terceirização da gestão dos hospitais estaduais da rede própria da SESAB. Assim, visando contribuir para o debate, foi realizada, a priori, a apreensão do quantitativo de unidades hospitalares da RHP²¹ baiana, tornando-se possível obter informações sobre a atenção hospitalar de responsabilidade estadual. Ademais, a partir dos dados encontrados, foram relacionados os modelos jurídico-institucionais presentes na RHP, os quais se dividem entre Gestão Direta (GD), Gestão Indireta (GI), Organização Social (OS) e Parceria Público Privada (PPP).

Quadro 2: Relação das unidades hospitalares, tipo de gestão e localização geográfica.
(continua)

	Hospitais da Rede Própria da SESAB	Gestão	Cidades
1	Centro Estadual de Oncologia – CICAN	GD	Salvador
2	Hospital 2 de Julho	OS	Salvador
3	Hospital Ana Nery	GD	Salvador
4	Hospital Afrânio Peixoto	GD	Vitória da Conquista
5	Hospital Crescêncio Silveira	GD	Vitória da Conquista
6	Hospital de Jaguaquara	OS	Jaguaquara
7	Hospital do Subúrbio	PPP	Salvador
8	Hospital Especializado Lopes Rodrigues	GD	Feira de Santana
9	Hospital Especializado Mario Leal	GD	Salvador
10	Hospital Especializado Octávio Mangabeira	GD	Salvador
11	Hospital Estadual Costa das Baleias	OS	Teixeira de Freitas
12	Hospital Estadual da Criança	OS	Feira de Santana
13	Hospital Estadual da Mulher	OS	Salvador
14	Hospital Eurídice Santana	OS	Sta. Rita de Cássia
15	Hospital Geral Clériston Andrade	GD	Salvador
16	Hospital Geral de Camaçari	GD	Camaçari
17	Hospital Geral de Guanambi	GD	Guanambi
18	Hospital Geral de Ipiaú	GD	Ipiaú
19	Hospital Geral de Itaparica	OS	Itaparica
20	Hospital Geral de Vitória da Conquista	GD	Vitória da Conquista
21	Hospital Geral do Estado	GD	Salvador
21	Hospital Geral do Oeste	OS	Barreiras

²¹ Conjunto de unidades hospitalares pertencentes à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Bahia, 2017).

(conclusão)

	Hospitais da Rede Própria da SESAB	Gestão	Cidades
23	Hospital Geral Ernesto Simões Filho	GD	Salvador
24	Hospital Geral Menandro de Faria	GD	Salvador
25	Hospital Geral Prado Valadares	GD	Jequié
26	Hospital Geral Roberto Santos	GD	Salvador
27	Hospital Geral Santa Tereza	GI - COISAN	Ribeira do Pombal
28	Hospital Juliano Moreira	GD	Salvador
29	Hospital Luís Eduardo Magalhães	OS	Mairi
30	Hospital Manoel Victorino	OS	Salvador
31	Hospital Materno Infantil Doutor Joaquim Sampaio	GI - FESF	Ilhéus
32	Hospital Metropolitano	OS	Lauro de Freitas
33	Hospital Ortopédico do Estado da Bahia	OS	Salvador
34	Hospital Professor Carvalho Luz	OS	Salvador
35	Hospital Professor Eládio Lasserre	OS	Salvador
36	Hospital Regional Costa do Cacau	OS	Ilhéus
37	Hospital Regional da Chapada	OS	Seabra
38	Hospital Regional Dantas Bião	GD	Alagoinhas
39	Hospital Regional de Juazeiro	OS	Juazeiro
40	Hospital Regional de Paulo Afonso	OS	Paulo Afonso
41	Hospital Regional de Santo Antônio De Jesus	OS	Sto. Antônio de Jesus
42	Hospital Regional Deputado Luis Eduardo Magalhaes	OS	Porto Seguro
43	Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho	OS	Irecê
44	Hospital Regional Piemonte do Paraguaçu	OS	Itaberaba
45	Hospital Regional Vicentina Goulart	OS	Jacobina
46	Instituto Couto Maia	PPP	Salvador
47	Instituto de Perinatologia Da Bahia	GD	Salvador
48	Maternidade Albert Sabin	GD	Salvador
49	Maternidade Clímério de Oliveira	GI - EBSERH	Salvador
50	Maternidade Frei Justo Venture	OS	Seabra
51	Maternidade Maria da Conceicao de Jesus	GD	Salvador
52	Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto	OS	Salvador
53	Maternidade Regional de Camaçari	GI - FESF-SUS	Camaçari
54	Maternidade Tsylla Balbino	GD	Salvador

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados extraídos do endereço eletrônico da SESAB, da base de dados do CNES (2024), do Diário Oficial do Estado da Bahia e do Relatório do CONGEOS.

O quadro 2 apresenta a distribuição dos hospitais estaduais a partir da modalidade de gestão e da localização geográfica, em consonância aos achados no CNES²² em agosto de 2024. Foram verificadas 54 unidades hospitalares estaduais da RHP, das quais, 35 são hospitais gerais e 19 são especializados. Desses, 23 possuem gestão direta, 4 estão sob administração de representantes da gestão pública indireta, 25 dispõem de contrato de gestão com OSs e 2 estão sob concessão administrativa de PPP. Entre as unidades que possuem administração pública indireta, 2 maternidades estão sendo gerenciadas pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS)²³, 1 hospital geral integra o Consórcio Público Interfederativo de Saúde Nordeste II (COISAN)²⁴ e 1 maternidade está filiada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)²⁵. Observa-se que as organizações públicas não-estatais correspondem a 50% do total de hospitais da rede própria do Estado, enquanto a gestão direta representa 42,59%, circunstância que demonstra o interesse do Estado da Bahia em transferir a gestão de serviços de interesse público, não exclusivos, para entidades privadas.

Acerca da localização geográfica, 24 hospitais situam-se na cidade de Salvador, ao passo que 30 unidades hospitalares estão divididas entre 24 cidades do interior do Estado. Nessa linha, verificou-se que Salvador possui o maior número de hospitais sob administração não estatal: dos 24 hospitais estaduais situados no município, 7 encontram-se publicizados e 2 possuem contrato de concessão administrativa. Os outros 18 hospitais estaduais geridos por organizações não estatais estão localizados em diferentes cidades do interior.

Mediante levantamento de informações foi detectado que os hospitais presentes nos municípios de Vitória da Conquista e Seabra fazem parte de complexos hospitalares: o Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista, que integra o Hospital Geral de Vitória da Conquista, o Hospital Crescêncio Silveira e o Hospital Afrânio Peixoto; e o Complexo

²² O site de domínio público do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) tem por objetivo operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, que são imprescindíveis para um gerenciamento e planejamento eficaz do SUS. O CNES visa, ainda, dar transparência sobre toda a infraestrutura de serviços de saúde, assim como a capacidade instalada existente e disponível no país (Brasil, 2021).

²³ A Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) é uma fundação sem fins lucrativos com personalidade jurídica de direito privado instituída em maio de 2009 por 69 municípios do Estado da Bahia. Está embasada na Lei Complementar Estadual nº 29, de 21/12/2007. (FESF-SUS, s.d.).

²⁴ O COISAN, que consiste na junção entre o estado e os municípios, tem por finalidade a cooperação técnica e financeira na área de saúde entre os entes federados para promover ações de saúde pública assistenciais, prestando serviços especializados de média e alta complexidade (COISAN, s.d.).

²⁵ Empresa pública unipessoal, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. Tem por objetivo “a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária” (Brasil, 2011, p.1).

Hospitalar da Chapada, composto pelo Hospital Regional da Chapada e a Maternidade Frei Justo Venture. Esses complexos possuem gestão direta e por organização social, respectivamente.

No quadro 3, disposto em seguida, foram identificadas as entidades do direito privado que celebram contrato com a SESAB.

Quadro 3: Identificação das entidades gestoras responsáveis pelos hospitais estaduais.

	Unidade Hospitalar	Modelo de Gestão	Entidade Gestora
1	Instituto Couto Maia	PPP	Couto Maia S.A
2	Hospital de Jaguaquara	OS	
3	Hospital Estadual 2 de Julho	OS	
4	Hospital Manoel Victorino	OS	
5	Hospital Regional da Chapada	OS	
6	Maternidade Frei Justo Venture	OS	
7	Hospital Geral de Itaparica	OS	Fundação José Silveira (FJS)
8	Hospital Regional Costa do Cacau	OS	Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar (IBDAH)
9	Hospital Luís Eduardo Magalhães	OS	
10	Hospital Regional Dep. Luís Eduardo Magalhães	OS	
11	Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto	OS	
12	Hospital da Mulher	OS	
13	Hospital Estadual Costa das Baleias	OS	
14	Hospital Professor Carvalho Luz	OS	
15	Hospital Professor Eládio Lasserre	OS	
16	Hospital Regional de Stº Antônio de Jesus	OS	
17	Hospital Estadual da Criança	OS	Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil (LABCFI)
18	Hospital Eurídice Santana	OS	
19	Hospital Geral do Oeste	OS	
20	Hospital Regional de Juazeiro	OS	
21	Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho	OS	
22	Hospital Regional Paulo Afonso	OS	
23	Hospital do Subúrbio	PPP	Prodal Saúde S/A
24	Hospital Regional Piemonte do Paraguaçu	OS	Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos – Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória (INSV)
25	Hospital Regional Vicentina Goulart	OS	
26	Hospital Metropolitano	OS	Santa Casa de Misericórdia de Ruy Barbosa (SCMRB)
27	Hospital Ortopédico da Bahia	OS	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBHAE)

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados extraídos do site institucional da SESAB e do Diário Oficial do Estado da Bahia.

Verifica-se que o Estado, por intermédio da SESAB, possui contrato firmado com 12 instituições de direito privado, as quais foram selecionadas mediante edital de licitação, em conformidade com as Leis Federais 9.637/1998²⁶, 11.079/2004²⁷ e 14.133/2021²⁸, e as Leis Estaduais 8.647/2003²⁹, 9.290/2004³⁰ e 9.433/2005³¹. A formalização desses contratos ocorre de duas maneiras: por meio de contratos de gestão, que são acordos entre o Poder Público e as organizações sociais, com o objetivo de formar parcerias para promover e executar atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação ambiental, cultura e saúde (Brasil, 1998a); e através de contratos de concessão administrativa, os quais são celebrados para a prestação de serviços de educação, saúde, assistência social, infraestrutura, entre outras outras áreas públicas de interesse social ou econômico em que a Administração Pública é a usuária direta ou indireta (Brasil, 2004).

No que tange às entidades gestoras contratualizadas, foi constatada a predominância das organizações sociais AOSID, FABAMED e IFF, as quais se destacam por consolidarem contratos de gestão em cinco unidades hospitalares do Estado, ao passo que as demais entidades, como o IGH, por exemplo, estão à frente da gestão de no máximo três hospitais. No cenário geral, a maioria das organizações não estatais administra apenas uma unidade hospitalar, conjuntura que confere ainda mais evidência às instituições líderes no Estado.

5.1 Caracterização das entidades gestoras que celebram contrato de gestão ou concessão administrativa com o Estado da Bahia.

A AOSID é uma instituição idealizada e fundada por Irmã Dulce Lopes Pontes em 26 de maio de 1959, tendo sido instalada em 15 de agosto do mesmo ano. A entidade foi reconhecida como organização social em 29 de julho de 2003 e tem por finalidade a prestação de assistência à população de baixa renda nas áreas de saúde, assistência social, pesquisa científica, ensino em saúde, educação infantil e ensino fundamental, bem como na preservação e difusão da memória da fundadora. Está presente em cinco hospitais do interior do Estado: Hospital Eurídice Santana, Hospital Geral do Oeste, Hospital Regional de Juazeiro, Hospital Dr. Mário Dourado Sobrinho e Hospital Regional de Paulo Afonso.

²⁶ Lei das Organizações Sociais e do Programa Nacional de Publicização;

²⁷ Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública (Brasil, 2004).

²⁸ Lei de Licitações e Contratos Administrativos.

²⁹ Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências (Bahia, 2003).

³⁰ Institui o Programa de Parcerias Público-Privadas do Estado da Bahia.

³¹ Dispõe sobre as licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes do Estado da Bahia e dá outras providências. Revogada pela Lei 14.634/2023.

Na mesma linha, o IFF possui por objetivo a promoção de assistência benficiente à população, bem como, a realização de pesquisa na área de saúde, podendo executar atendimento ambulatorial, em pronto-socorro e em unidades hospitalares para atendimento de urgência, atividade médica ambulatorial restrita a consultas, e também atividades de psicologia, psicanálise e nutrição. Fundado em 13 de dezembro de 2004, na Bahia, foi qualificado como Organização Social em 23 de março de 2006 e é responsável pela gestão de três hospitais na capital e dois no interior, dispostos respectivamente: Hospital da Mulher, Hospital Professor Carvalho Luz, Hospital Professor Eládio Lasserre, Hospital Estadual Costa das Baleias e Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus.

A FABAMED, instituída pela Associação Bahiana de Medicina (ABM) em 17 de outubro de 2001, atua em gestão, ensino, pesquisa e capacitação, além de efetuar ações socioambientais. Possui caráter científico cultural voltado à área da Saúde e está qualificada, desde 2006, como Organização Social pelo Governo do Estado da Bahia. A fundação realiza a gestão de 3 hospitais do interior e 2 hospitais da capital, a saber: Hospital de Jaguaquara, Hospital Regional da Chapada, Maternidade Frei Justo Venture, Hospital Estadual 2 de Julho e Hospital Manoel Victorino.

Qualificado como Organização Social em 20 de março de 2012, o IGH está à frente de 2 hospitais gerais e 1 maternidade – Hospital Luís Eduardo Magalhães, Hospital Regional Dep. Luís Eduardo Magalhães e a Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto. Fundada em abril de 2010, a instituição, que possui sede e foro na cidade de Salvador, presta serviços de assistência médica, administração e gestão em saúde, nos setores médico hospitalar, ambulatorial, e sanitário, podendo, ainda, exercer atividades educacionais na área de saúde curativa e preventiva, firmar convênios, contratos ou instrumentos congêneres nas áreas de saúde, educação, assistência social, meio ambiente, cultura, cidadania, administração penitenciária e ressocialização, ou qualquer outra área que venha a proporcionar benefícios à sociedade.

O INSV foi fundado em 1866, inicialmente sob o nome de Santa Casa de Misericórdia de Oliveira dos Campinhos, com o objetivo de viabilizar projetos de saúde, especialmente no Município de Santo Amaro, na Bahia. Desde a criação, o instituto tem se dedicado à execução de contratos de gestão, bem como na implementação de programas e projetos voltados para a área da saúde. O INSV gerencia ações e serviços de Saúde na atenção básica, na urgência e emergência, e na atenção hospitalar, promovendo e desenvolvendo saúde, educação e assistência social. As atividades da organização tiveram início no Hospital Nossa Senhora da

Vitória, oferecendo à comunidade atendimento médico-hospitalar de média complexidade, a princípio, realizado de forma voluntária por profissionais de saúde e sustentado por doações da comunidade. Foi qualificada como Organização Social em junho de 2022 e é a entidade gestora responsável pelo Hospital Regional Piemonte do Paraguaçu e Hospital Regional Vicentina Goulart, ambos no interior do Estado.

A FJS tem como finalidade a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos em situação de maior vulnerabilidade. Para isso, desenvolve ações nas áreas de pesquisa e ensino, saúde ocupacional, e oferece projetos e consultorias voltados à preservação ambiental e ao desenvolvimento sustentável. Criada a partir do Instituto Brasileiro de Investigação do Tórax (IBIT) em 1937, é uma entidade benéfica que tem como missão promover o ensino, a pesquisa e a assistência médico-social. A Fundação, qualificada como Organização Social por meio de um decreto governamental publicado no Diário Oficial do Estado em 11 de janeiro de 2005, gerencia o Hospital Geral de Itaparica, no município de Itaparica.

O IBDAH, constituído em 2 de fevereiro de 2005, tem como objetivo principal o desenvolvimento e a pesquisa de técnicas para aprimorar a administração hospitalar em hospitais públicos e privados. Além disso, atua na prestação de serviços de pronto-socorro e em unidades hospitalares para atendimento de urgências, oferece atendimento ambulatorial com capacidade para a realização de procedimentos cirúrgicos, e celebra convênios e contratos com entidades de ensino, tanto de direito público, como privado, visando a produção conjunta de pesquisas e estudos sobre serviços de saúde e administração hospitalar. O instituto também é responsável pela organização e administração de hospitais, bem como pela gestão de atividades e serviços de saúde em estabelecimentos públicos e privados. Está qualificada como Organização Social desde setembro de 2012 e gerencia o Hospital Regional Costa do Cacau, em Ilhéus.

Reconhecida como entidade de utilidade pública nas esferas municipal, estadual e federal, a LABCMI foi fundada em 1923 pelo professor Álvaro Rubim de Pinho, um médico pediatra baiano. A instituição tem como missão promover a assistência integral à saúde infantil e materna, além de atuar na redução da mortalidade infantil na Bahia. Um marco significativo para a história da organização foi a criação do primeiro hospital pediátrico das regiões Norte e Nordeste do Brasil, o Hospital Martagão Gesteira, cuja construção foi iniciada em 1946 e inaugurada em 1965. Desde então, o hospital tem desempenhado um papel fundamental na assistência, apoio e tratamento de milhares de crianças baianas, consolidando

a LABCMI como uma referência em saúde pediátrica na região. Foi qualificada como Organização Social em setembro de 2012 e está à frente da gestão do Hospital Estadual da Criança, em Feira de Santana.

A SCMRB foi fundada em 3 de fevereiro de 1950 no município de Ruy Barbosa por um grupo de destacados membros da comunidade. A instituição foi criada com a finalidade de exercer a caridade e prestar serviços essenciais na área da saúde, abrangendo a administração de hospitais e unidades de saúde pertencentes a terceiros, além de atuar no campo do ensino e pesquisa. Ao longo dos anos, consolidou-se como uma referência em cuidados de saúde e ações sociais na região. Qualificada como Organização Social desde junho de 2021, possui contrato de gestão vigente no Hospital Metropolitano, em Lauro de Freitas.

A SBIBHAE, uma das mais recentes instituições a ser qualificada pelo Estado da Bahia como Organização Social, em julho de 2023, foi fundada em 4 de junho de 1955 pela comunidade judaica da cidade de São Paulo. Dedicada à assistência, educação, ensino, inovação e pesquisa, bem como à responsabilidade social na área de saúde, a SBIBHAE desempenha um papel significativo na saúde suplementar³² desde 1971 e, desde 2002, no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de atividades de assistência à saúde nos segmentos hospitalar, medicina diagnóstica, ambulatorial, atenção primária e telemedicina. A organização gerencia o Hospital Ortopédico do Estado, em Salvador.

No que se refere às PPPs, a concessionária Prodal Saúde S/A, responsável pelo Hospital do Subúrbio, tem por finalidade a prestação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade, focada em urgência e emergência, de caráter referencial. Constituída em abril de 2010, detinha participação societária da empresa baiana Promédica Patrimonial S.A. (Propat) e da francesa Dalkia Brasil S.A., atualmente com a razão social Vivante S/A. Não obstante, a partir do ano de 2016, a Prodal passou a ser integrada 100% pela Promédica, uma companhia fundada em 2 de setembro de 1974, cujo objetivo social é a instalação, administração e exploração de unidades médico-hospitalares, assim como dos investimentos imobiliários na área de assistência médica, podendo, ainda, participar de outras sociedades. A Dalkia/Vivante, à época, realizava serviços de manutenção predial, engenharia clínica, telefonia, recepção, gestão de utilidades, higienização e jardinagem.

O consórcio Couto Maia Construção e Serviços Não Clínicos S/A é composto pelas empresas SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda., e Metro Engenharia e

³² Refere-se a um sistema de planos, seguros e serviços de saúde privados regulado pelo poder público por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (Brasil, 1998c).

Consultoria Ltda. Fundada em 1996, a SM Gestão Hospitalar é uma empresa privada, especializada em gestão de saúde, voltada para a operação hospitalar, abrangendo a gestão integral dos serviços de saúde, clínicos e não clínicos, desde avaliação e planejamento, até a execução de projetos em empreendimentos públicos e privados. Já a Metro Engenharia e Consultoria Ltda., fundada em 2005, atua na área de construção civil, terraplenagem, pavimentação e saneamento básico. Cabe à concessionária Couto Maia S/A a responsabilidade pelos serviços não clínicos, a saber: serviços de alimentação, manutenção de equipamentos, engenharia clínica, lavanderia, hotelaria, recepção, portaria, segurança patrimonial, combate a incêndio, higienização, paisagismo e apoio administrativo.

Mediante caracterização, é possível supor que os anos de experiência na gestão hospitalar baiana e o critério de avaliação utilizado sejam fatores determinantes para a seleção da AOSID, FABAMED e IFF que, ao todo, estão responsáveis por 15 unidades hospitalares da RHP. Outrossim, faz-se preciso destacar uma relação de reciprocidade entre os membros dirigentes da SM Gestão Hospitalar e do IFF, no qual o presidente da SM Gestão exerce a função de diretor no IFF, à medida que o presidente do Instituto desempenha o papel de Diretor na SM Gestão. Essa estrutura de governança cruzada indica a hegemonia do grupo societário, que possuindo contratos de gestão e de concessão administrativa, acumulam diferentes mecanismos de apropriação de recursos públicos.

Transpassando o objetivo do estudo, foi observado que para além do gerenciamento das unidades hospitalares, algumas organizações sociais, como o IGH e FJS, atuam na prestação de serviços em hospitais da RHP do Estado. O Instituto de Gestão e Humanização (IGH) presta serviços de saúde, não especificados, no Instituto Couto Maia (ICOM) e serviços médicos de saúde em caráter complementar³³ sob a forma de plantões presenciais em regime de serviço diurno, noturno, ambulatorial, entre outros, no Hospital Geral Santa Tereza. De maneira semelhante, a Fundação José Silveira (FJS) presta serviços multiprofissionais³⁴, em caráter complementar, no Hospital Geral Cleriston Andrade, Hospital Geral Vitória da Conquista, Hospital Geral Ernesto Simões Filho, Hospital Especializado Otávio Mangabeira, Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, Hospital Geral do Estado - HGE e, também, no ICOM.

O contexto geral destacado por meio da caracterização das entidades gestoras incita atenção, pois presume um extensivo repasse de recursos oriundos do fundo estadual de

³³ Atuação das empresas privadas na área de saúde pública como parte integrante do SUS, em conformidade com a Lei 8.080/90.

³⁴ Presta serviços multiprofissionais, em caráter complementar, nas especialidades de: Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Nutrição, Farmácia, Radiologia, Terapia Ocupacional e Técnico de Enfermagem (Bahia, 2024).

saúde³⁵, para as organizações de direito privado, especificamente através de contratos de gestão e concessão administrativa. Enfatiza-se os benefícios tributários que as organizações sociais supracitadas possuem, mediante Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS)³⁶, um dos documentos exigidos pela Receita Federal para que a entidade sem fins lucrativos usufrua de isenções e contribuições sociais.

No caso das PPPs, que não possuem privilégios fiscais específicos (Moraes; Reyes-Tagle, 2017) os recursos advindos do fundo garantidor³⁷ podem instigar a participação da iniciativa privada, por assegurar o recebimento, sem atrasos, das contraprestações³⁸ pagas pelo parceiro público estadual, principal fonte de receita da Concessionária. Compreende-se que ocorre o financiamento dessas instituições privadas, as quais, priorizadas pelo governo estadual baiano, estão em detrimento da administração direta, substituindo-a pelas organizações não estatais. Ademais, foram apreendidas as formas e finalidades da contratualização por OS e PPP celebrada na Bahia, consoante ao quadro 4:

³⁵ Criado em 04 de maio de 1994, pela Lei nº. 6.581, o Fundo Estadual de Saúde da Bahia (Fesba) tem por objetivo prover os recursos necessários à execução de programas de trabalho relacionados com a saúde individual e coletiva, desenvolvidos e coordenados pela Secretaria da Saúde (Bahia, 1994).

³⁶ Certificação concedida pelo Governo Federal às organizações sem fins lucrativos reconhecidas como entidades benéficas de assistência social que oferecem serviços nas áreas de educação, assistência social ou saúde (Brasil, 2024).

³⁷ Criado pela Lei 9.290/2004, capítulo IV, art. 17. O Fundo Garantidor das Parcerias Público-Privadas do Estado da Bahia - FAGE Bahia é uma entidade contábil sem personalidade jurídica, com a finalidade de viabilizar a implementação do Programa de Parcerias Público-Privadas, conferindo-lhe sustentação financeira (Bahia, 2004)

³⁸ Principal fonte de receita da concessionária, paga mensalmente pelo poder concedente, conforme a Lei 9.290/2004.

Quadro 4: Listagem dos contratos de gestão e de concessão administrativa celebrados com os hospitais da RHP da SESAB.

(continua)

Hospitais	Instituição	Contrato de Gestão/Concessão	Objeto
Instituto Couto Maia	Couto Maia S.A	Nº 035/2013	Construção, gestão e operação de serviços não clínicos
Hospital de Jaguaquara	FABAMED	Nº 008/2024	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Estadual 2 de Julho	FABAMED	EMERGENCIAL Nº 010/2023	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Manoel Victorino	FABAMED	EMERGENCIAL Nº 007/2024	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Complexo Hospitalar da Chapada	FABAMED	EMERGENCIAL Nº 008/2023	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Geral de Itaparica	FJS	Nº 174/2020	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Regional Costa do Cacau	IBDAH	Nº 007/2019	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Luís Eduardo Magalhães	IGH	EMERGENCIAL nº 137/2019	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Regional Dep. Luís Eduardo Magalhães	IGH	EMERGENCIAL nº 004/2023	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto	IGH	Nº 014/2020	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Estadual da Mulher	IFF	EMERGENCIAL nº 03/2024	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Estadual Costa das Baleias	IFF	Nº 004/2024	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Professor Carvalho Luz	IFF	EMERGENCIAL nº 06/2024	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Professor Eládio Lasserre	IFF	Nº 010/2024	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde

(conclusão)

Hospitais	Instituição	Contrato de Gestão/Concessão	Objeto
Hospital Regional de Stº Antônio de Jesus	IFF	Nº 011/2024	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Estadual da Criança	LABCMI	Nº 076/2019	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Eurídice Santana	AOSID	Nº. 016/2014	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde.
Hospital Geral do Oeste	AOSID	EMERGENCIAL nº 12/2023	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Regional de Juazeiro	AOSID	EMERGENCIAL nº 009/2023	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho	AOSID	Nº 005/2020	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Regional Paulo Afonso	AOSID	EMERGENCIAL nº 006/2022	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital do Subúrbio	Prodal Saúde	Nº 030/2010	Gestão e Operação de Unidade Hospitalar do Estado da Bahia
Hospital Regional Piemonte do Paraguaçu	INSV	EMERGENCIAL nº 006/2023	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde.
Hospital Regional Vicentina Goulart	INSV	EMERGENCIAL Nº 011/2023	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Metropolitano	SCMRB	Nº 009/2024	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde
Hospital Ortopédico do Estado da Bahia	SBIBHAE	Nº 014/2023	Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados extraídos do Relatório do CONGEOS (2023) e do Diário Oficial do Estado.

5.2 Quanto à contratualização celebrada entre a SESAB e as entidades privadas.

Dos 26 contratos³⁹ estabelecidos com a SESAB, 1 é destinado à construção, gestão e operação de serviços não clínicos, enquanto os outros 25 estão voltados à gestão e operação hospitalar. Desses, 12 contratos são de gestão emergencial, realizados sem processo licitatório, consoante ao art. 75, inciso VIII, da Lei Federal 14.133/2021:

VIII - nos casos de emergência ou de calamidade pública, quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a continuidade dos serviços públicos ou a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares, e somente para aquisição dos bens necessários ao atendimento da situação emergencial ou calamitosa e para as parcelas de obras e serviços que possam ser concluídas no prazo máximo de 1 (um) ano, contado da data de ocorrência da emergência ou da calamidade, vedadas a prorrogação dos respectivos contratos e a recontratação de empresa já contratada com base no disposto neste inciso; (Brasil, 2021).

Percebe-se que a maior parte dos contratos da FABAMED, IGH e AOSID, bem como todos do INSV são de gestão emergencial, com período de vigência que varia entre 90 e 180 dias, ou enquanto durar o processo de seleção pública de licitação. A contratação para os casos que dispensam licitação é realizada de forma direta pela SESAB, mediante os documentos exigidos no art. 72 da Lei supramencionada, a saber:

- I - documento de formalização de demanda e, se for o caso, estudo técnico preliminar, análise de riscos, termo de referência, projeto básico ou projeto executivo;
- II - estimativa de despesa, que deverá ser calculada na forma estabelecida no art. 23 desta Lei;
- III - parecer jurídico e pareceres técnicos, se for o caso, que demonstrem o atendimento dos requisitos exigidos;
- IV - demonstração da compatibilidade da previsão de recursos orçamentários com o compromisso a ser assumido;
- V - comprovação de que o contratado preenche os requisitos de habilitação e qualificação mínima necessária;
- VI - razão da escolha do contratado;
- VII - justificativa de preço;
- VIII - autorização da autoridade competente. (Brasil, 2021).

No tocante aos contratos de gestão, segundo o Manual de Gestão do Programa Estadual de Organizações Sociais (2016), para que seja consolidada a parceria entre o Estado e a OS, é indispensável que o instrumento contratual observe os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, eficiência, moralidade e publicidade, além de precisar conter, obrigatoriamente, as cláusulas estabelecidas nos dispositivos da Lei nº 8.647/2003. Assim,

³⁹ As unidades hospitalares que compõem o Complexo Hospitalar da Chapada possuem o mesmo contrato de gestão. Por esse motivo, dos 27 hospitalares da RHP, 2 possuem a mesmo documento contratual

mediante a leitura dos contratos de gestão disponibilizados nos sites das entidades gestoras, bem como dos resumos e termos aditivos adquiridos através do Diário Oficial do Estado da Bahia, foi possível selecionar cláusulas e incisos contratuais que colaboram para a análise do objetivo proposto neste estudo.

Do objeto contratual, que está direcionado à gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde a serem desempenhados pela entidade gestora contratada, percebe-se a consolidação de um modelo de terceirização no qual o Estado direciona às organizações sociais, de direito privado, qualificadas na área da saúde, a responsabilidade pelo funcionamento dos hospitais estaduais. Com isso, passa a ser obrigação da organização contratada a execução dos serviços assistenciais disponíveis nas unidades, a manutenção física e de equipamentos, além do provimento dos insumos necessários à garantia do pleno funcionamento do hospital.

No que se refere aos compromissos das partes, foi observada a terceirização da força de trabalho que se dá com a responsabilização das OS pelo fornecimento de mão de obra necessária para execução do objeto de gestão. À entidade gestora, na condição de única empregadora do pessoal destinado à execução dos serviços contratados, está designado o pagamento de salários e encargos sociais, assim como indenizações, demissões e benefícios, que deverão estar de acordo com o preço de mercado da cidade em que está localizada a unidade de saúde. Isso evidencia a inserção de terceiros na relação de emprego, refletindo uma importante estratégia político-econômica, pois se alinha às necessidades do mercado e permite a renegociação dos custos com a força de trabalho, o aumento dos mecanismos de controle, a subordinação direta dos trabalhadores (Cavalcante; Marcelino, 2021), e resulta, consequentemente, na precarização do trabalho.

A precarização é um elemento central da dinâmica do capitalismo flexível, que, alinhado às proposições de Franco e Druck (2009), se apresenta na intensificação do trabalho, nas diferentes modalidades contratuais e, consequentemente, na insegurança causada tanto pela ausência de estabilidade no emprego, como pelos padrões de gestão que infringem as medidas preventivas coletivas. Da mesma maneira, possui como característica a desigualdade social, a perda das identidades individual e coletiva, a fragilização da organização e direito dos trabalhadores, e principalmente, a terceirização (Druck, 2011). Esse fenômeno pode ser observado no sistema de avaliação de desempenho estabelecido pela SESAB, o qual define metas mínimas mensais de produção de acordo com a especialidade e capacidade operacional de cada hospital. Esse mecanismo, que demanda o envolvimento e o engajamento dos

funcionários nos objetivos das corporações (Antunes, 2018), reflete um modelo de gestão e organização do trabalho que contribui para condições de precariedade através da imposição de metas de produtividade (Druck, 2011) e por meio da superestimulação da competitividade no trabalho, como técnica para maximizar lucros (Seligmann-Silva, 2011).

A subcontratação, associada à necessidade de produção exacerbada e a exigência de polivalência, incompatível com os salários ofertados, são fatores prejudiciais para a prestação e a qualidade dos serviços por suscitar desgaste físico e mental aos trabalhadores (Traesel; Merlo, 2014) que, possuindo vínculos contratuais instáveis, são pressionados ao cumprimento das metas estabelecidas. Além disso, supõe-se que a modalidade de gestão terceirizada por meio das organizações não estatais é tida como favorável pela SESAB, uma vez que os valores despendidos para pagamento dos salários não estão incluídos nos limites de gastos com pessoal previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

A LRF é considerada uma grande incentivadora da terceirização na gestão da força de trabalho (Druck, 2016), por estipular a contabilização de "Outras Despesas com Pessoal" apenas para os contratos de terceirização que substituem servidores ou empregados públicos. Assim, devido às OS não possuírem obrigatoriedade para realizar concurso público, atribuir a essas entidades de direito privado a contratação de pessoal impossibilita que o pagamento dos salários seja atingido pelo limite de gastos estabelecido por lei (Agência Senado, 2022).

Outrossim, dos compromissos da SESAB, enquanto contratante, notou-se vantagens para que as OS queiram se tornar responsáveis pela administração de hospitais estaduais. O Estado disponibiliza estrutura física, materiais, equipamentos, instrumentos, recursos financeiros e total autonomia administrativa para as entidades gestoras, que precisam ter, no geral, capacidade técnico-assistencial e condições para uma efetiva prestação de serviços. É percebido, também, que 70% dos recursos públicos repassados pela contratante devem estar destinados às despesas com remuneração, encargos e vantagens de qualquer natureza a serem pagos para os dirigentes e funcionários das entidades gestoras. Dessa maneira, as OS não precisam dispor de estrutura hospitalar ou qualquer patrimônio para celebrar contrato de gestão com a SESAB, podendo ainda receber benefícios para os próprios dirigentes e associados, que passam a gestores da coisa pública sem necessidade de concurso público, obtendo salários melhores e outras vantagens (Reis; Coelho, 2018).

Cabe à contratante fiscalizar e publicizar os contratos de gestão em Diário Oficial do Estado, nos meios eletrônicos de comunicação e em dois jornais de grande circulação da capital do Estado, garantindo transparência e controle social. Não obstante, verificou-se a

insuficiência da transparéncia sobre as contratualizações realizadas com organizações sociais de saúde, tanto no endereço eletrônico da contratada, como no portal da transparéncia da SESAB. Na busca pelos 24 contratos de gestão, foi possível encontrar resumos contratuais, no Diário Oficial Online, e 12 contratos⁴⁰ disponibilizados em sites das instituições gestoras e no Portal da OS, um banco de dados não governamental sobre as Organizações Sociais existentes no país. Assim, foi identificado o descumprimento da cláusula contratual obrigatória que preza pela publicação dos contratos de gestão celebrados com as OS, estando em objeção, da mesma forma, ao princípio constitucional da publicidade. A ausência de transparéncia coíbe as possibilidades de controle social das ações governamentais, aumenta os riscos de fraudes, do uso indevido de bens e serviços do Estado e resulta no descumprimento da Lei de Acesso à Informação⁴¹ (Figueiredo; Santos, 2013).

No que tange às Parcerias Público-Privadas, pôde-se observar a presença de dois objetos contratuais: a concessão administrativa para gestão e operação do Hospital do Subúrbio (HS) e a contratualização para a construção e operação de serviços não clínicos no Instituto Couto Maia (ICOM). No Hospital do Subúrbio, local onde se efetivou a primeira relação contratual por PPP no Estado da Bahia, foi constatada uma modalidade de terceirização similar à exercida pelas Organizações Sociais, em que a gestão da unidade hospitalar passa a ser de responsabilidade da iniciativa privada. De maneira distinta, constatou-se que no ICOM a terceirização atua, principalmente, por meio da contratação de pessoal para a operação dos serviços não assistenciais da unidade, dado que a concessionária não substitui a gestão do hospital, que é diretamente realizada pela SESAB.

A modelagem contratual do ICOM desperta atenção pois, embora a gestão geral do hospital seja de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, a concessionária é encarregada por garantir a infraestrutura e o funcionamento de diversos serviços essenciais para o funcionamento da unidade. Verifica-se, então, uma relação de complementaridade entre as partes, visto que a utilização do parceiro privado não destitui o sistema de gestão do hospital, mas passa a integrá-lo, abarcando atividades acessórias que seriam de responsabilidade do gestor público à frente da direção hospitalar.

⁴⁰ Hospital Geral de Itaparica; Hospital Regional Dep. Luís Eduardo Magalhães; Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto; Hospital Estadual da Mulher; Hospital Professor Carvalho Luz; Hospital Professor Eládio Lasserre; Hospital Estadual da Criança; Hospital Geral do Oeste; Hospital Regional de Juazeiro; Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho; Hospital do Subúrbio e Hospital Metropolitano.

⁴¹ Lei nº 12.527, que dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com o fim de garantir o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal (Brasil, 2011).

Das obrigações e direitos das partes, enfatiza-se a contratação de recursos humanos efetuado pelas concessionárias. No HS, a contratação abrange todo quadro clínico e não clínico da unidade, ficando incubida à concessionária o pagamento de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato. Para compor o ICOM, a empresa responsável além de utilizar empregados já efetivados, poderá subcontratar terceiros para o desenvolvimento de atividades inerentes, acessórias ou complementares às obras e serviços não clínicos, assim como para a implantação de projetos associados. Faz-se importante ressaltar que a Couto Maia S/A não realiza a contratação de pessoal para constituir o quadro clínico, a qual fica sob responsabilidade da organização social Fundação José Silveira, conforme observado em subseção anterior.

Assim como abordado na análise contratual das OS, constata-se a ineficiência do sistema de transparéncia das Parcerias Público-Privadas, com ressalva para o Hospital do Subúrbio, que possui gestão integralmente privada. Igualmente, foi percebido que as entidades não estatais ao assumirem a administração de hospitais estaduais possuem total autonomia para contratar ou subcontratar, por meio de empresas intermediárias, profissionais para atuarem na unidade, condição que reforça, sobretudo, a precarização do trabalho.

Ao poder concedente, intermediado pela SESAB, cabe a fiscalização do cumprimento dos contratos, que devem estar alinhados aos indicadores estabelecidos, para fins, inclusive, de quantificação da contraprestação mensal efetiva. Desse modo, conforme Antunes (2018, p. 37):

Em um universo em que a economia está sob comando e hegemonia do capital financeiro, as empresas buscam garantir seus altos lucros exigindo e transferindo aos trabalhadores e trabalhadoras a pressão pela maximização do tempo, pelas altas taxas de produtividade, pela redução dos custos, como os relativos à força de trabalho, além de exigir a “flexibilização” crescente dos contratos de trabalho.

Nesse contexto, as Organizações Sociais e as Parcerias Público-Privadas desempenham um papel central na atenção hospitalar do Estado da Bahia, em virtude do crescente processo de terceirização no setor público de saúde. Esse cenário resulta no estabelecimento de contratos de trabalho instáveis e flexíveis, com pouca ou nenhuma transparéncia, gerando consequências profundas que desestruturam ainda mais a classe trabalhadora e restringem a participação cidadã na gestão e no controle da administração pública.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do presente estudo, que esteve empenhado em analisar a inserção das modalidades de gestão pública não estatal nas unidades hospitalares da rede própria da SESAB, mediante a compreensão de que esta é resultado da terceirização na saúde, pôde-se perceber que a eclosão da trajetória neoliberal no país e a entrada de FHC à presidência foi determinante para direcionar ao SUS contrarreformas embasadas em uma política econômica de mercantilização e privatização. Com isso, emerge a propriedade pública não estatal, como parte do Programa Nacional de Publicização, para efetivar a transferência da responsabilidade por questões públicas para entidades privadas e, consequentemente, legitimar a terceirização no setor público de saúde.

Desse modo, os principais resultados obtidos na pesquisa revelam que ocorre na atenção hospitalar do Estado da Bahia a ascendência da gestão por organizações não estatais, conjuntura que demonstra o interesse do Estado em transferir a responsabilidade pela prestação dos serviços de interesse público, não exclusivos, para entidades privadas. Igualmente, foi observado o predomínio de três organizações sociais – AOSID, FABAMED e IGH – as quais estão à frente da gestão de 5 unidades hospitalares da rede própria, respectivamente. É válido ressaltar que o estudo não revelou as motivações para a hegemonia dessas entidades privadas, todavia, supõe-se que os anos de experiência na gestão hospitalar baiana e o critério de avaliação utilizado sejam fatores determinantes para que isso ocorra.

Além disso, a análise da contratualização forneceu elementos essenciais para compreender as particularidades da terceirização, que se expressa principalmente nos objetos contratuais, nas obrigações e nos compromissos assumidos tanto pelas entidades privadas, como pela SESAB. Foram encontradas limitações na busca pelos contratos de gestão e de concessão administrativa, os quais, em grande parte dos casos, não são socializados no portal da transparência da SESAB e nos endereços eletrônicos das entidades gestoras, o que dificulta o controle social. Nessa linha, os contratos analisados foram localizados em fontes diversificadas, como Portal das OS e outros endereços eletrônicos.

Destarte, os achados forneceram elementos que contribuíram para o debate acerca da terceirização da gestão dos hospitais estaduais do SUS Bahia mediante os modelos de organização pública não estatal. O Estado da Bahia, alinhado ao projeto neoliberal, privilegia a iniciativa privada atribuindo-a a responsabilidade pela execução dos serviços assistenciais, pelo funcionamento efetivo das unidades, assim como pela contratação de pessoal. Isso

permite que o governo contorne a Lei de Responsabilidade Fiscal, ampliando a folha de pagamento sem que esses custos sejam oficialmente refletidos nos limites legais.

Por conseguinte, enfraquece a integridade dos processos administrativos e financeiros, resultando em uma prática que está em detrimento da política pública de saúde, podendo vir a comprometer a qualidade e a eficiência dos serviços prestados. Ademais, observa-se que o estabelecimento da terceirização da gestão dos hospitais da RHP, permeada pela inserção de instituições privadas regidas pela lógica financeira, atenua as relações e condições de trabalho e favorece a apropriação de recursos do fundo público, por meio de isenções, incentivos e, até mesmo, de repasses financeiros advindos do fundo estadual de saúde.

No mais, a pesquisa pode direcionar estudos futuros acerca da qualidade dos serviços prestados nos hospitais da RHP do Estado da Bahia que estão sob gestão de organizações não estatais. Adicionalmente, propicia elementos para orientar a busca por fatores que levam à predominância de determinadas entidades gestoras em detrimento de outras. Por fim, a temática pode fornecer percepções que instiguem pesquisas sobre o impacto da terceirização nas condições de trabalho dos profissionais que atuam nos hospitais gerenciados por Organizações Sociais e Parcerias Público-Privadas, tendo em vista o contexto da precarização do trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Cadernos Saúde Pública**, v. 33, Supl. 2, 2017.
- AMARO NETO, J, 1995. Reestruturação Industrial, terceirização e redes de subcontratação. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2 p. 33-42.
- AMORIM, H. **Terceirização no serviço público: uma análise à luz da nova hermenêutica constitucional**. São Paulo: LTr, 2009, 248 p.
- ANDERSON, P. **Balanço do neoliberalismo**. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (orgs.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 09-23.
- ANDRADE, L. R. **A Escolha de Parceria Público-Privada para Gestão Hospitalar na Bahia: Atores, Interesses e Estratégias**. 2019. 175 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.
- ANDRADE, L.; R. PINTO, I. C. M. Parceria público-privada na gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v 38 n 2. 2022.
- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. [online]**. São Paulo: Boitempo, 2018, 364 p.
- AOSID - Associação Obras Sociais Irmã Dulce. **Estatuto Social**. Salvador: AOSID, 2023. Disponível em:
<https://www.irmadulce.com.br/storage/admin/uploads/files/osid/statute/estatuto-osid-2023-1706127082.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2024.
- ARAÚJO, A. J. S. **Paradoxos da Modernização: Terceirização e Segurança dos Trabalhadores em uma Refinaria de Petróleo**. 2001. 381 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- BAHIA. Lei nº 6581, de 4 de maio de 1994. Institui o Fundo Estadual de Saúde- FES-BA e dá outras providências. Disponível em:
<https://leisestaduais.com.br/ba/lei-ordinaria-n-6581-1994-bahia-institui-o-fundo-estadual-de-saude-fes-ba-e-da-outras-providencias> Acesso em: 11 ago, 2024.
- BAHIA. Lei nº 9.290, de 29 de janeiro de 1997. Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dá outras providências. Disponível em:
<https://leisestaduais.com.br/ba/lei-ordinaria-n-7027-1997.htm> Acesso em: 13. abr. 2024
- BAHIA. Lei nº 8.647, de 29 de julho de 2003. Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências. Disponível em:
https://www.ba.gov.br/administracao/sites/site-saeb/files/migracao_2024/arquivos/File/Lei_8647_29_de_Julho_de_2003.pdf. Acesso em: 13 abr. 2024.
- BAHIA. Lei nº 9.290, de 27 de dezembro de 2004. Institui o Programa de Parcerias Público-Privadas do Estado da Bahia e dá outras providências. Disponível em:

<https://leisestaduais.com.br/ba/lei-ordinaria-n-9290-2004-bahia-institui-o-programa-de-parcerias-publico-privadas-do-estado-da-bahia-ppp-bahia-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 13 abr. 2024.

BAHIA. Lei nº 9.433, de 01 de março de 2005. Dispõe sobre as licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes do Estado da Bahia e dá outras providências. Revogada pela Lei 14.634/2023 em 28 de novembro de 2023. Disponível em:
<https://leisestaduais.com.br/ba/lei-ordinaria-n-9433-2005.htm>. Acesso em: 14 abr. 2024.

BAHIA. Secretaria da Administração do Estado da Bahia. **Manual de Gestão do Programa Estadual de Organizações Sociais**. Bahia: Secretaria da Administração do Estado da Bahia. 1. ed. 103 p. 2016. Disponível em:
https://www.ba.gov.br/administracao/sites/site-saeb/files/migracao_2024/arquivos/File/saeb_Manual_de_Gestao_PEOS.pdf. Acesso em: 3 mai. 2024.

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

BAHIA. Secretaria da Administração do Estado da Bahia. **Relatório Anual do Conselho De Gestão das Organizações Sociais - CONGEOS**. Salvador: Secretaria da Administração do Estado da Bahia, 2023. Disponível em:
<https://www.ba.gov.br/administracao/sites/site-saeb/files/2024-04/Relato%CC%81rio%20Congeos%202023.pdf>. Acesso em: 3 mai. 2024

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Hospitais Estaduais**. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, (s.d). Disponível em:
<https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/hospitaisestaduais/>. Acesso em: 20 mai. 2024.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Instituto Couto Maia**. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, (s.d). Disponível em:
<https://www.saude.ba.gov.br/hospital/icom/>. Acesso em: 5 jun. 2024.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Governo do Estado amplia o cuidado com a saúde dos baianos**. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2023. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/2023/12/27/balanco2023/>. Acesso em: 3 jun. 2024.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Minuta Contrato de Concessão Administrativa**. Disponível em:
https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/Minuta_Contrato-de-Concessao_12-12-17.pdf. Acesso em: 22 jun. 2024.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Organização da Rede de Atenção à Saúde** Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2017. Disponível em:
https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Organizacao_da_Rede_de_Atencao_a_Saude.pdf. Acesso em: 02 ago. 2024.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Prodal Saúde - Relatório da Administração. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, Salvador, ano XCVIII, nº 21.422, p. 47. 13 mai. 2014. Disponível em:
<https://dool.egba.ba.gov.br/ver-flip/7027/#/p:46/e:7027?find=prodal%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 2 ago. 2024

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Resumo do termo de reconhecimento de débito, indenização e quitação de créditos. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, Salvador, ano CVIII, nº 23.947, p. 96. 10 jun. 2024. Disponível em:
<https://dool.egba.ba.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/18323#/p:96/e:18323?find=multiprofissionais>. Acesso em: 11 ago 2024.

BEHRING, E. **As novas configurações do estado e da sociedade civil no contexto da crise do capital**. In: CFESS/ABEPSS. (org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009.

BEHRING, E; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Editora Cortez - Biblioteca Básica do Serviço Social, 2011, 216 p.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Lei nº Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 15 mai. 2023.

BRASIL. Decreto Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm Acesso em: 02 abr. 2024.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em: <https://planalto.gov.br/DPL4682-1923.htm>. Acesso em: 13 abr. 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 13 jun. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação de pessoal por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8745cons.htm. Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos

órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. [1998a]. Disponível em:
<https://www.planalto.gov.br/Lei9.637-1998.htm>. Acesso em: 18 mai. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. [1998c]. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 20 ago. 2024.

BRASIL. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm. Acesso em: 20 mai. 2023.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 28 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 2 ago. 2024

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm. Acesso em: 6 ago. 2024

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1 de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em: 2 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle. Secretaria da Reforma do Estado. **Cadernos MARE da Reforma do Estado**, Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 58 p.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações sociais. Secretaria da Reforma do Estado. **Cadernos MARE da Reforma do Estado**, 5. ed. Brasília. v. 2. Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1998b. 75 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021**. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/cebas/cnes-cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude>. Acesso em: 02 ago. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Consultas Públicas**. Brasília: Ministério da Saúde, (s.d.). Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas>. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Certificação de Entidades de Assistência Social.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/entidades-de-assistencia-social/certificacao-de-entidades-de-assistencia-social>. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. Senado aprova projeto que libera gasto com pessoal de organizações sociais. **Agência Senado**, Jornal do Senado. Brasília: Senado Federal, 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/06/22/senado-aprova-projeto-que-libera-gasto-com-pessoal-de-organizacoes-sociais>. Acesso em: 11 ago. 2024.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil.** São Paulo: Editora 34, 1996. p. 269-294.

BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo: A ascensão da política antidemocrática no ocidente.** São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019. 256 p.

CAVALCANTE, S.; MARCELINO, P. Revisitando uma definição de terceirização. **Caderno CRH**, Salvador, v. 34, p. 1-13, e021031, 2021.

CARRERA, M. B. **Parceria Público-Privada (PPP): análise do mérito de projetos do setor saúde no Brasil.** 2014. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2014.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Instalações Físicas.** Brasília: CNES, 2024. Disponível em: <https://elasticnes.saude.gov.br/installacao-fisica>. Acesso em: 03 jun. 2024.

COELHO-FILHO, M. de S. 15 anos de Organizações Sociais: o modelo baiano. **V Congresso CONSAD de Gestão Pública.** Brasília. 25 p. 2012.

COISAN - Consórcio Público Interfederativo de Saúde Nordeste II. **Sobre o Consórcio.** Bahia: COISAN. [s.d]. Disponível em: <https://coisan.com.br/o-consorcio/>. Acesso em: 06 ago. 2024.

CORREIA, M. V. C; SANTOS, V. M dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais em questão. In: BRAVO, M. I. S. *et al.* (orgs.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro.** 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p. 33-39.

CORREIA, M. V. C.. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius; ADUFRJ, 2011. p. 43-49.

COSTA, F. L. da; PEKI, A. Desestatização como estratégia de reforma do Estado: Análise preliminar da privatização no Brasil da Nova República. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: FGV, v. 33, n. 3, p. 191-207, maio/jun. 1999.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A Nova Razão Do Mundo: Ensaio Sobre A Sociedade Neoliberal.** São Paulo: Editora Boitempo, 2016, 402 p.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. **O Processo de Terceirização e seus Efeitos sobre os Trabalhadores no Brasil.** São Paulo: DIEESE, 2007. 104 p. Disponível em:
<https://www.dieese.org.br/relatoriotechnico/2007/terceirizacao.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2024.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. **Os trabalhadores frente à terceirização.** São Paulo: Série Pesquisas DIEESE, n. 7,1993.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. **Seminários & Eventos: os trabalhadores e o programa brasileiro da qualidade e produtividade.** São Paulo: DIEESE, 1994.

DOOL - Diário Oficial Online. Contratos de Gestão. DOOL, [s.d]. Disponível em:
<https://dool.egba.ba.gov.br/buscanova/#/p=1&q=contratos%20de%20gest%C3%A3o>. Acesso em: 2 de ago. 2024.

DOOL - Diário Oficial Online. Resumo Contrato de Gestão. DOOL, [s.d]. Disponível em:
<https://dool.egba.ba.gov.br/buscanova/#/p=1&q=resumo%20contrato%20de%20gest%C3%A3o>. Acesso em: 2 de ago. 2024.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

DRUCK, G; SENA, J; PINTO, M. M; ARAÚJO, S. **A Terceirização no Serviço Público: Particularidades e Implicações.** In: CAMPOS, A. G. (org.). Terceirização do trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate. Brasília: Ipea, 2018.

DRUCK, G.; OLIVEIRA, I. F. de. O debate conceitual sobre terceirização: uma abordagem interdisciplinar. **Caderno CRH**, Salvador, v. 34, p. 1-13, 2021.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 12 abr. 2024.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em:
<https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 12 abr. 2024.

FABAMED - Fundação ABM de Pesquisa e Extensão na Área da Saúde. **Estatuto Social.** Salvador: FABAMED, [s.d]. Disponível em:
<https://www.fabamed.org.br/documentação-legal>. Acesso em: 2 ago. 2024.

FARIA, A. Terceirização: Um desafio para o movimento sindical. In: RAMALHO H. S.; RAMALHO, J. R. (orgs). **Terceirização: diversidade e negociação no mundo do trabalho.** São Paulo: Hucitec-CEDI/NETS. p. 41-61. 1994.

FESFSUS- Fundação Estatal Direito da Família. **Quem Somos.** Salvador: FESFSUS. [s.d]. Disponível em: <https://www.fesfsus.ba.gov.br/fesf-sus/quem-somos>. Acesso em: 05 ago. 2024.

FIGUEIREDO, V. S; SANTOS, W. J. L. dos. Transparência e controle social na administração pública. **Temas de Administração Pública**, Araraquara (SP), v. 8, n. 1, 2013.

FILGUEIRAS, L. **O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico.** In: Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales. Buenos Aires: CLACSO. 2006.

FIORI, J. L. **Sobre o consenso de Washington.** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995. 39 p.

FJS - Fundação José Silveira. **Apresentação.** Salvador: FJS, c2024. Disponível em: <https://www.fjs.org.br/fjs/apresentacao/>. Acesso em: 2 ago. 2024.

FLEURY, S. OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online].** 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 12 abr. 2024.

FRANCO, T; DRUCK, G. O trabalho contemporâneo no Brasil: terceirização e precarização. In: **Seminário Fundacentro.** Salvador, 2009. (mimeo).

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 208 p.

GRANGER, G. G. Modèles qualitatifs, modèles quantitatifs dans la connaissance scientifique. Sociologie et Sociétés, Montréal, v. 14, n. 1, p. 07-15, 1982.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, supl., p. 1831-1840, 2007.

IBDAH - Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar. **Estatuto Social.** Salvador: IBDAH, c2023. Disponível em: <https://ibdah.com.br/estatuto-social/>. Acesso em: 2 ago. 2024.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Municípios Brasileiros, 2021.** Rio de Janeiro: IBGE, 2022. 116 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101985.pdf> Acesso em: 13 abr. 2024.

ICOM - Instituto Couto Maia. **Quem Somos.** ICOM: c2018. Disponível em: <https://www.institutocoutomaia.com.br/quem-somos/>. Acesso em: 2 ago. 2024.

IFF - Instituto Fernando Filgueiras. **Estatuto Social.** Salvador: IFF, 2023. Disponível em: <https://fernandofilgueiras.org.br/wp-content/uploads/2023/12/16a-Alteracao-IFF-1.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2024.

IGH - Instituto de Gestão e Humanização. **Estatuto Social**. Salvador: IGH, 2020. Disponível em:
<https://www.igh.org.br/arquivos-transparencia/hemnsl/informacoesgerais/estatutosocial/6.%20Estatuto%20Social%20vigente%20a%20partir%20de%2030.01.2020.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2024.

INSV - Instituto de Saúde Nossa Senhora da Vitória. **Nossa História**. Santo Amaro: INSV, 2024. Disponível em: <https://insvsaudade.org/wp-content/uploads/2024/03/INSV-10.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2024.

LABCMI - Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil. **Balanço Social**. Salvador: LABCMI, 2022. Disponível em:
https://www.labcmi.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Balanco-2022-v2_compressed.pdf. Acesso em: 2 ago. 2024.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva** 2001; v. 6 n. 2 p. 269-91. 2001.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2002. 288 p.

MORAES, M. S. REYES-TAGLE, G. **Os impactos fiscais dos contratos de parceria público-privada: estudo de caso do ambiente institucional e da prática no Brasil**. [s.l.]: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2017. 93 p.

NORONHA, J. C de.; LIMA, L. D de.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 12 abr. 2024.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 11-31. 2011.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N.; REIS, C. R. Reforma Sanitária Brasileira em Perspectiva e o SUS. In: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. de. (orgs.). **Saúde Coletiva Teoria e Prática**, 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. p. 501-520.

PAULANI, L. M. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. (orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 67-107. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/j5cv4/pdf/lima-9788575416129-04.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2023.

PENTEADO FILHO, P. A. Desafios e Oportunidades da Reforma do Estado no Brasil: a questão das organizações sociais. **Organizações & Sociedade**, [S. l.], v. 5, n. 11, 2014.

- PINTO, I. C. M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia.** 2004. 255 f. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.
- PINTO, I. C. M. *et al.* Configuração Institucional e Modalidades de Gestão dos Serviços no SUS. In: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. de. (orgs.). **Saúde Coletiva Teoria e Prática**, 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. p. 541-570.
- REIS, M. C.; COELHO, T. C. B. Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, 2018.
- REZENDE, C. A. P. **Modelos de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal**. In: BRAVO, M. I. S. *et al.* Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.
- ROTHER, E. T. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi , jun. 2007.
- RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1989, 144 p.
- SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010, 432 p.
- SALVADOR, E. Financiamento tributário da política social no pós-real. In: SALVADOR, E, *et al.* (orgs.). **Financeirização, Fundo Público e Política Social**. São Paulo: Cortez, 2012, p. 123-152.
- SANTOS, T. B. S. **Modelos alternativos de gestão na Atenção Hospitalar do SUS Bahia. 2017**, 216 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.
- SBIBHAE - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Estatuto Social**. São Paulo: SIBHAE, 2010. Disponível em:
https://www.portaldasos.com.br/wp-content/uploads/2020/09/PDF-2-Estatuto_Social-Albert-Einstein.pdf. Acesso em: 2 ago. 2024.
- SCMRB - Santa Casa de Misericórdia de Ruy Barbosa. **Estatuto Social**. SCMRB, 2023. Disponível em:
https://www.scrb.org.br/wp-content/uploads/2024/07/Estatuto-novo-SCMRB_03.10.2023.pdf. Acesso em: 2 ago. 2024.
- SELIGMANN-SILVA, E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez. 2011. 624 p.
- SILVA, L. B. **A reforma administrativa de 1967**. In: ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (orgs.). Administração pública no Brasil: breve história política. São Paulo: Editora Unifesp, 2010.

- SOLLA, J. J. S. P. Fundações Estatais de Direito Privado: projeto avança no Congresso e nos estados. Salvador: **Revista Radis**, n. 79, mar. 2009.
- SOUZA, D. de. O. Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro. v. 43. n. especial 5, p. 71-81.
- TRAESEL, E. S.; MERLO, Á. R. C. “Somos sobreviventes”: vivências de servidores públicos de uma instituição de seguridade social diante dos novos modos de gestão e a precarização do trabalho na reforma gerencial do serviço público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 17, n. 2, p. 224 - 238, 2014.
- TEIXEIRA, C. F. *et al.* Sistema Único de Saúde (SUS) – A Difícil Construção de um Sistema Universal na Sociedade Brasileira. In: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. de. (orgs.). **Saúde Coletiva Teoria e Prática**, 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. p. 317-364.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1987. 176 p.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Documentação Moodle da USP. **Contrato de Concessão Administrativa do Hospital do Subúrbio**. São Paulo, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3446912/mod_resource/content/2/Concess%C3%A3o%20Administrativa%20-%20PPP%20hospital%20do%20Suburbio%20%282%29.pdf. Acesso em: 22 jun. 2024.
- VIOLIN T. C. **Terceiro setor e as parcerias com a administração pública: uma análise crítica**. 3. ed. Belo Horizonte: Fórum; 2015, 349 p. dez. 2019.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p.