



Planos Estaduais Plurianuais de Saúde e as Organizações Sociais como modelo de gestão dos serviços do SUS

Tânia Regina Krüger
Leonardo Moura da Silva
Maria Fernanda Schmitt Bunn
Camila Azevedo dos Reis

Resumo

O objetivo deste texto é apresentar como o modelo de gestão dos serviços por Organização Social se apresentam nos Planos Estaduais Plurianuais de Saúde – 2012-2015. Na revisão da literatura destacaram-se os estudos sobre os novos modelos de gestão que estão assumindo os serviços do SUS e as tendências teórico-políticas que balizam as disputas em torno dos modelos de gestão e do seu financiamento também foram apresentadas. A pesquisa empírica utilizou como critérios para a seleção amostral dos Planos a representatividade dos onze Estados nas cinco regiões brasileiras. Os Planos em geral foram construídos envolvendo tímidos processos participativos, fazem referências ao arcabouço legal do SUS, no item de diagnóstico sobre a natureza das instituições prestadoras de serviço evidenciou-se predomínio de prestação e serviços pelo setor filantrópico. Nas metas e ações para o quadriênio aproximadamente 60% dos estados contemplados no estudo propuseram a adoção da gestão dos serviços por meio de Organizações Sociais.

Palavras chave: SUS, planejamento, modelo de gestão, Organizações Sociais

Introdução

O presente relatório apresenta parte s resultados alcançados no projeto de iniciação científica desenvolvido (08/2015 a 07/2016)¹, intitulado “Os fundamentos do SUS e os modelos de gestão dos serviços de saúde: como se apresentam nos Planos Estaduais Plurianuais de Saúde”, que identificou e analisou os modelos de gestão dos serviços do SUS nos Planos Estaduais Plurianuais de Saúde do quadriênio 2012-2015 em 11 estados brasileiros².

No intuito de alcançar os objetivos propostos nessa pesquisa de Iniciação Científica, foi realizado um mapeamento entre as 27 unidades federativas do Brasil.

¹ Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Pesquisa Científica PIBIC/CNPq – PIBIC-Af/CNPq – BIPI/UFSC, 2015/2016, Edital de 8 de abril de 2015. No seu desenvolvimento teve a participação dos estudantes: Leonardo Moura da Silva, Maria Fernanda Schmitt Bunn e Camila Azevedo dos Reis.

² A referida pesquisa faz parte de um projeto maior, intitulado "Saúde e Serviço Social: planejamento, gestão, participação e exercício profissional", com realização prevista para o período de 03/2015 a 02/2019, registrado no sistema Notes UFSC com o seguinte protocolo: 2015.0056. As atividades de desenvolvimento do projeto estão vinculadas ao Núcleo de Estudos em Serviço Social e Organização Popular – NESSOP/DSS/UFSC e a linha de pesquisa política social e participação popular.



Dessa maneira, foi utilizado como critério para a seleção amostral a representatividade dos Estados nas cinco regiões brasileiras. Com estes critérios foram eleitos 11 estados para fazer a análise dos seus Planos Estaduais de Saúde, a saber: Amazonas, Pará, Bahia, Paraíba, Pernambuco, Distrito Federal, Goiás, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

Após a seleção dos Estados, iniciou-se a busca dos PES de cada unidade federativa. Para isso foi feita uma busca nos sites das Secretarias Estaduais de Saúde, obtendo assim acesso direto aos PES dos Estados do Amazonas, Bahia, Pernambuco, Goiás, Distrito Federal, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Já, o acesso aos PES do Estado do Pará e Paraíba foi feito através de contato com o Ministério da Saúde pelo Serviço de Informação ao Cidadão (SIC).

Com intuito de realizar a pesquisa de natureza qualitativa e exploratória, foi coletado o material e buscou-se contextualizar a construção de cada um dos documentos. Foi identificado as referências legais em que sua construção se pautou, portarias que são referências para elaboração do PES no PlanejaSUS, metodologias de construção dos PES, sujeitos que elaboraram e aprovação Conselho Estadual de Saúde. Para essa contextualização deu-se mais atenção aos itens de Apresentação e Introdução dos Planos. Posteriormente para dar conta do objetivo central do projeto se observou o item do diagnóstico do Plano no aspecto da gestão em saúde/SUS, nas diretrizes, objetivos e metas e; investimento em saúde. Retiraram-se destes itens informações, que foram organizadas em planilhas, sobre a natureza das instituições que realizam os serviços do SUS, as inferências sobre os significados das formas de prestação de serviços, indicações sobre contratos e gestão e sobre as prioridades no que tange o modelo de gestão dos serviços assistenciais do SUS.

A pesquisa foi de natureza qualitativa e exploratória com intuito de realizar , como uma tentativa de compreender o conteúdo desses documentos que são importantes instrumentos de gestão e devem ser direcionadores da dinâmica da gestão dessa política social por quatro anos. Adotamos para tais reflexões a partir de perspectivas e literatura que se vinculam as bases da democracia popular, do planejamento participativo e da realização do SUS como política social universal, igualitária e com gestão pública estatal.

Este texto apresenta-se estruturado da seguinte forma: um item inicial com reflexões teóricas sobre as Organizações Sociais como modelos de gestão para o SUS, um item de apresentação e contextualização dos estados alvo da pesquisa e dos Planos Estaduais de Saúde. Na sequência itens que apresentam a natureza das



instituições que realizam os serviços do SUS nos estados e as prioridades em relação aos modelos de gestão do quadriênio 2012-2015.

1 - Novos modelos de gestão dos serviços do SUS com base no direito privado

Desenvolveu-se nos últimos anos, em função da intensificação do poder econômico sobre todas as instâncias da vida social, uma lógica de que as políticas sociais podem ser desenvolvidas nos moldes análogos aos serviços privados, sendo, por exemplo, a gestão dos serviços públicos de saúde se realizar por meio das Organizações Sociais – OS, das Fundações Estatais de Direito Privado e de Empresas Públicas. Esta estratégia de gestão dos serviços básicos de cidadania se deve ao fato de que os governantes das mais diferentes filiações partidárias, segundo Granemann (2011), para as políticas sociais, notaram que para a transferência do fundo público aos capitais não seria recomendável seguir a mesma forma de privatização clássica³ porque poderia provocar reações de insatisfação popular. Ou seja, as instituições brasileiras que prestam os serviços básicos de cidadania, de natureza social e que devem garantir a dignidade humana, não poderiam ser entregues ao setor privado tradicional na mesma lógica do que as empresas públicas de natureza econômica e de serviços tarifados (por meio de cotações na bolsa de valores – a privatização clássica). Assim a privatização não clássica, é uma forma aprofundada de privatização, se faz por convênios, concurso de projetos, edital de licitação e altera a natureza das instituições públicas de direito público para instituições públicas de direito privado.

Dessa forma, nos serviços do SUS, havendo a impossibilidade legal e operacional da privatização clássica, ganha ênfase à privatização não clássica e esta tem acontecido de maneira mais elaborada e perversa. O patrimônio continua sendo público, mas a sua administração e literalmente, a sua exploração, é feita por grupos privados ou políticos organizados que o gerenciam de acordo com os seus interesses. A privatização não clássica é chamada assim porque não se realiza pelo mecanismo da venda típica, mas envolve também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão como mais e não menos Estado. (GRANEMANN, 2011).

³ Os autores entendem por privatização clássica aquela iniciada nos anos de 1990 e que tem como alvo a privatização dos serviços públicos de natureza econômica, como telefonia, energia, água, bancos, portos, aeroporto entre outros.



Esta forma de privatização não clássica das políticas sociais se pauta na noção de que elas podem ser desenvolvidas nos moldes análogos aos serviços privados, levando o Estado a atuar de forma concorrente com a livre iniciativa. Esta forma de privatização tem duas expressões: a) a entrega da gestão dos serviços públicos a pessoas jurídicas de direito privado como são as Organizações Sociais; b) a criação das empresas públicas geridas pelo direito privado como as Fundações Estatais de Direito Privado e as Empresas Públicas como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH e a Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro – RioSaúde, são seus exemplos emblemáticos, entre outras. Sendo a primeira destas expressões objeto deste estudo.

A entrega da gestão das políticas sociais a entes pautados no direito privado se deve a toda uma *satanização* do Estado, segundo Boron (1995), que vem se afirmando desde o início dos anos de 1990 a partir de *um clima* ideológico, com divulgação das ideias de que o Estado não é competente, é lento, seus trâmites burocráticos são morosos, ineficientes, sofre ingerências políticas e que todas estas qualidades e virtudes se encontram na gestão dos serviços privados. Este *clima ideológico* se solidificou quando as forças neoliberais vieram “a público proclamar que o Estado simbolizava o atraso indesejável e a constituição da modernidade por todos almejada dependia da negação do Estado” (NOGUEIRA, 1998:124).

Entendemos que a privatização não clássica reivindica melhoria do gerencialismo dos serviços públicos, despolitização das relações de classes presentes nas políticas sociais, ênfase na técnica sobre a política e faz a política do capital (GRANEMANN, 2011). As políticas sociais, mesmo tendo seu caráter contraditório de ser ao mesmo tempo concessão do capital e conquista da classe trabalhadora, tem por objetivo prestar serviços sociais a população que não consegue acessar no mercado. No mercado a proteção social é mercadoria como a previdência, o lazer, a saúde, a cultura, a educação, a alimentação, a habitação, os recursos naturais e a ciência e tecnologia. Desde 1988 a saúde é na sociedade brasileira um direito social humano de cidadania, isto é muito mais que uma proteção social eventual ou uma mercadoria. E o principal sujeito responsável pela garantia, pela organização e pela operacionalização deste direito social é o Estado. Por isto toda a entrega da gestão das entidades da saúde a empresas privadas e públicas geridas pelo direito privado é uma afronta aos direitos sociais conquistados em 1988, tão caros a classe trabalhadora brasileira.

É a partir de todo esse processo de desconstrução e afronta aos fundamentos do SUS que vimos esses modelos de gestão sendo cada vez mais fortalecido pelo



Estado, de forma perversa. A privatização não clássica vem ganhando mais espaço nas instituições e serviços públicos de saúde a partir do fato que os modelos de privatização clássica não são mais suficientes para a acumulação do capital. Para a execução e gestão destes serviços básicos de cidadania o Estado estruturou um arcabouço legal para criação das Organizações Sociais – OS (Lei n.º 9.637/1998 e Decreto 3.100/1999) que são instituições privadas, geridas pelas normas do Direito Privado e sem fins lucrativos, que podem realizar contratos com o Estado para a execução e gestão dos serviços públicos.

As OS são empresas de direito privado que recebem os recursos públicos para administrar as unidades de saúde com total autonomia para contratação de funcionários sem concursos públicos, compras sem licitações, com liberdade na gestão dos serviços, podendo inclusive cobrar por eles. A gestão não passa pela fiscalização do controle social, mas apenas por uma comissão indicada majoritariamente pelo governo. Depois de firmado o Contrato de Gestão com a esfera de governo correspondente a Organização Social passa a receber recursos orçamentários, instalações e equipamentos do Poder Público para administrar os serviços.

2 - Planos Estaduais Plurianuais de Saúde e os modelos de gestão dos serviços de saúde

Para identificar e analisar os modelos de gestão dos serviços de saúde que se apresentam nos Planos Estaduais Plurianuais de Saúde do quadriênio 2012-2015, tivemos como recorte amostral os Planos de 11 estados. Para definir a amostra foi realizado um mapeamento das 27 unidades federativas e utilizado como critério para a seleção a representatividade dos Estados nas cinco regiões. Com estes critérios foram eleitos 11 estados para fazer a análise dos seus Planos Estaduais de saúde, a saber: Amazonas, Pará, Bahia, Paraíba, Pernambuco, Distrito Federal, Goiás, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

Cada PES estudado se apresenta com as particularidades que podem ser atribuídas ao partir do perfil do corpo técnico do setor de planejamento das Secretarias Estaduais, no entanto, os dois momentos previstos na Portaria acima foram respeitados. Nos estados observou-se que para a construção do PES se constituiu uma equipe contemplando membros de setores estratégicos da Secretaria de Estado da Saúde e do Conselho Estadual de Saúde. Esta equipe contou, em alguns estados, também com membros do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS,



Colegiados Intergestores Regionais, de Universidades, da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e de Entidades Não Governamentais.

Quanto à metodologia de elaboração dos PES observou-se uma diversidade de formas. Como base conceitual e legal para a elaboração dos Planos, indicam aproximadamente 50% dos PES pesquisados, que foi utilizado o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS e apoio de referências do Planejamento Estratégico Situacional. Em termos operacionais, a maioria menciona a construção de forma democrática e participativa. As estratégias para socializar e debater o diagnóstico e identificar as prioridades foram atividades regionais e descentralizadas com reuniões, seminários e oficinas na maioria dos estados. Estas atividades contaram com a participação de diferentes sujeitos: Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS, Conselho Estadual de Saúde - CES, Colegiados Intergestores Regionais, coordenadores e técnicos do nível central da SES e trabalhadores da saúde.

No estudo dos PES 2012-2015 não foi identificada uma uniformização na apresentação da rede que realiza os serviços do SUS nos onze estados da pesquisa. Alguns descrevem pelo percentual da natureza dos prestadores, outros pelo volume de gastos com cada prestador, outros ainda pelo número de leitos geral e de Unidade de Terapia Intensiva de cada prestador.

Desse diagnóstico da rede prestadora de serviços para o SUS, pelo que se explicita nos PES não se observou uma uniformização por natureza de prestador. Nos estados da região sul, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, os maiores prestadores de serviços para o SUS é o setor filantrópico, passando dos 70%. Na região Sudeste, em São Paulo os prestadores filantrópicos respondem por 50% dos serviços. O PES do Rio de Janeiro não apresenta a natureza das instituições que prestam os serviços SUS de média e alta complexidade, mas deixa clara necessidade de contratualizar e incentivar os serviços existentes. Na região nordeste a representatividade do setor filantrópico parece ficar um pouco acima dos 50% e na região norte este prestador de serviço fica abaixo de 50%.

Quanto a gestão de serviços públicos estaduais por Organização Social, 7 estados não fizeram qualquer referência nos PES sobre esta modalidade de gestão. São Paulo, Bahia, Santa Catarina e Pernambuco, nesta ordem, ao que podemos depreender dos instrumentos de gestão que são os estados que estavam com vários serviços sob gestão de OS em fins de 2011 e início de 2012. E o estado de Goiás refere estar em processo de contratualização de OS.



Nos PES em meio aos itens de diagnóstico e avaliação sobre a gestão dos serviços de média e alta complexidade, há referências em pelo menos sete estados sobre as dificuldades da gestão estatal quanto a:

- a falta de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa; limitações de ordem fiscal para admissão e expansão de recursos humanos; falta de agilidade nos processos licitatórios para aquisição de insumos de necessidade urgente; gestão burocrática e centralizada provoca a elevação dos custos de manutenção da rede hospitalar, dificultando o planejamento das ações (SANTA CATARINA, 2011);
- dificuldade de contratualizar prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares de acordo com a legislação atual, adoção de novo modelo organizacional (SÃO PAULO, 2012);
- Os hospitais públicos de referência estadual, todos sobre a gestão da SES, com um custo efetivo muito alto devido o engessamento administrativo, levando prejuízos e riscos aos usuários e o colapso do sistema (GOIAS, 2012).

Os itens acima elencados colocam a gestão estatal com base no direito público como dificultadora de uma gestão eficiente para ampliar, qualificar e melhorar o acesso aos usuários. No processo de gestão os trâmites de editais de licitação para compra de materiais e equipamentos, a Lei de Responsabilidade Fiscal e o concurso público parece que são colocadas como motivos do engessamento, da falta de agilidade, da falta de autonomia e empecilhos à modernização da gestão.

Em meio o item de diagnóstico e avaliação dos serviços de média e alta complexidade as proposições para a melhoria da gestão e dos serviços não levam em conta a natureza do investimento público, pois ao indicarem repasse e/ou incremento do repasse recursos, proporem ampliação de contratos de serviços e revisão dos fluxos não priorizam os serviços públicos estatais. Vale ilustrar com trechos dos documentos que indicam novo modelo de gestão, ignorando a responsabilidade pública-estatal:

- “A busca pela sustentabilidade do sistema, eficiência, eficácia, efetividade das ações e serviços de saúde e alcance de resultados, só poderá ter sucesso mediante a adoção de novo modelo organizacional” (SÃO PAULO, 2012);
- Razão pela qual no Plano de Governo (2011-2014) surgem as propostas de transferência da gestão para Organizações Sociais de Saúde, resguardando os direitos dos servidores e buscando melhorias na assistência aos usuários do SUS. (GOIAS, 2012);



- revisão dos processos de trabalho, em particular os relacionados ao gerenciamento do sistema de saúde. Modernização dos processos gerenciais, com melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis (RIO DE JANEIRO, 2012).

Estas propostas acima se referem a melhoria dos serviços e da gestão independente da natureza institucional do prestador de serviço. Nesse caso o SUS e seus fundamentos, a execução de serviços saúde pelo setor privado que deve ser complementar, são ignorados nesse instrumento de gestão que é a expressão maior de orientação para gestão pública estatal da saúde.

Quanto às proposições para o quadriênio 2012 a 2015 dos PES, procuramos identificar no Eixo de Gestão e da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, as diretrizes, objetivos, ações e metas que se referem a gestão dos serviços de natureza estadual. Em relação a gestão mesma das Secretarias de Estado da Saúde dos serviços de média e alta complexidade as diretrizes, os objetivos, as ações e as metas são marcadas por duas grandes expressões que se repetem: garantir a qualidade e realizar modernização gerencial. Estas expressões se desdobram nas seguintes ações: aumentar a efetividade, resolutividade e implantar gestão estratégica (DF); implantar e qualificar sistema de informação (SC); aperfeiçoar a descentralização e regionalização (RJ); fortalecer e qualificar a gestão (AM, SC, RJ, BA, PA); fortalecer auditorias e regulação (RJ e BA); aperfeiçoar capacidade resolutiva (RJ); - modernizar e adequar instrumentos contratuais (SP, AM); garantir uso eficiente de recursos (RS, DF); realizar gestão de qualidade (RS, GO, PA); garantir taxa de ocupação dos hospitais, ampliação de leitos e internações (SP, DF, BA); e, institucionalizar planejamento, monitoramento e avaliação nos serviços próprios (RS) e também nos gerenciados por OS (GO, PE).

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

Os estados de Pernambuco, Goiás e o Distrito Federal foram bastante claros em suas proposições no sentido de implantar e ampliar os contratos de novos modelos de gerenciamento das unidades hospitalares via as OS. Os estados da Bahia, Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro indicam ampliação dos contratos de serviços com o setor privado. O estado do Amazonas, no item dos investimentos, sem maiores detalhes,



explicita que manterá 03 Parceria Público-Privada e apoiará à implementação de 32 convênios e parcerias com o Estado.

Os estados de São Paulo, Santa Catarina e Bahia, que no Plano explicitam ter serviços gerenciados por Organização Social, uma possível expansão desse modelo de gerenciamento dos serviços do SUS por OS, não se colocou nas diretrizes, objetivos e ações. Particularmente em relação Santa Catarina cabe destacar que aparece como uma diretriz a garantia do sistema estadual totalmente público. Nos objetivos específicos ficou bem explicitado que se deve “Garantir o Sistema de Saúde Estadual totalmente público e com funcionamento integrado com a rede de saúde; Respeitar a Resolução 003/2010 do CES e a Notificação Recomendatória nº 33.326/2011 do Ministério Público do Trabalho; e Retomar gradativamente todos os serviços repassados às organizações sociais no Estado” (SANTA CATARINA, 2012, p. 2009).

Nesse caso podemos desconfiar de que esta diretriz e objetivos específicos foram colocados quando do debate do Plano no Conselho Estadual de Saúde, pois a Resolução do Conselho Estadual 03/2010 e a Notificação do Ministério do Trabalho, se referem a proibição o estado fazer contratos com OS para gerir serviços próprios. No caso de Pernambuco, uma das ações é a gestão da transparência ao controle social, através de relatórios trimestrais, dos serviços geridos por OS. Nesse caso também supomos que esta ação emergiu no PES no momento do debate no Conselho Estadual de Saúde.

Em relação a fortalecer a gestão do SUS, alguns estados mesmo de forma genérica o fizeram: AM, RS, RJ e SC. A Paraíba encontra-se na lista dos estados que não citam OS em seu PES, porém, no site da Secretaria de Saúde da Paraíba é possível encontrar edital para concurso público promovido por OS. No site do governo do Estado encontramos a seguinte notícia: o Estado tem agora quatro Organizações Sociais qualificadas para gerir e administrar os serviços de saúde do Estado.

Notas conclusivas

Os Planos Estaduais de Saúde Quadrienais estudados estão estruturados de acordo com o artigo 2º da Portaria n.º 3.332/2006 que normatiza a construção desses documentos. Em termos operacionais, a maioria menciona a construção de forma democrática e participativa. As estratégias para socializar e debater o diagnóstico e identificar as prioridades foram atividades regionais com reuniões, seminários e oficinas na maioria dos estados. Mas este estudo avaliou processo metodológico como tímidos



processos participativos. Os instrumentos de gestão informam que foram construídos com base ao arcabouço legal do SUS, citando os artigos constitucionais, a lei organiza da saúde, Portaria do PlanejaSUS, relatórios e Conferências, Planos Plurianuais de Governos Estaduais, entre outros.

No item de diagnóstico sobre a natureza das instituições prestadoras de serviço não há padronização mas evidenciou-se predomínio de prestação e serviços pelo setor filantrópico, o que corresponde em menor percentual na região norte 50% e na região sudeste e sul passando dos 70%.

Nos PES em meio aos itens de diagnóstico e avaliação sobre a gestão dos serviços de média e alta complexidade, há referências em pelo menos sete estados sobre as dificuldades da gestão quanto a: falta de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa; limitações de ordem fiscal para admissão e expansão de recursos humanos; falta de agilidade nos processos licitatórios para aquisição de insumos de necessidade urgente; gestão burocrática e centralizada provoca a elevação dos custos de manutenção da rede hospitalar, dificultando o planejamento das ações

Quanto à gestão mesma das Secretarias de Estado da Saúde dos serviços de média e alta complexidade as diretrizes, os objetivos, as ações e as metas são marcadas por duas grandes expressões que se repetem: garantir a qualidade e realizar modernização gerencial. Quanto ao modelo de gestão e a natureza das instituições que realizam os serviços de média e alta complexidade, não encontramos em nenhum dos Planos estudados (nas diretrizes, objetivos, ações ou metas), indicações de fortalecimento do sistema de saúde público estatal. As expressões de modernização, aperfeiçoamento, fortalecimento e qualificação não se vinculam propriamente a um modelo de gestão pública estatal com base no direito público.

Os estados de Pernambuco, Goiás e o Distrito Federal foram bastante claros em suas proposições no sentido de implantar e ampliar os contratos de novos modelos de gerenciamento das unidades hospitalares via as OS. Os estados da Bahia, Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro indicam ampliação dos contratos de serviços com o setor privado. Os estados de São Paulo, Santa Catarina e Bahia, que no Plano explicitam ter serviços gerenciados por Organização Social, uma possível expansão desse modelo de gerenciamento dos serviços do SUS por OS, não se colocou nas diretrizes, objetivos e ações.

Referências

BORON, A. *A trama do neoliberalismo*. In. SADER, E.; GENTILE, P. (orgs.). Pós-neoliberalismo. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 1995.



BRASIL. Constituição Federal de 1988.

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

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

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: *Caderno de Saúde: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, set. 2011a

KRÜGER, T. R.; PASSOS, A. F. A prestação dos serviços e a gestão do SUS pelo setor privado: modelos de privatização clássica e privatização não clássica. In: Helenara Silveira Fagundes e Simone Sobral Sampaio. (Org.). *Questão Social e Direitos Humanos*. 1ed. Fpolis: UFSC, 2014, v. II, p. 107-128.

NETTO, J. P. Capitalismo monopolista e Serviço Social. - 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

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

PARAIBA. Governo do Estado qualifica nova Organização Social para gerir serviços de saúde. 6 de janeiro de 2012. In: <http://paraiba.pb.gov.br/governo-do-estado-qualifica-nova-organizacao-social-para-gerir-servicos-de-saude/> Acesso 15/11/2016.

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

Referências dos Planos Estaduais de Saúde pesquisados

AMOZANAS. Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015. Secretaria de Estado de Saúde. Manaus – AM. 2013.

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

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

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

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

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

PERNAMBUCO. Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015. Secretaria Estadual de Saúde. Recife – PE. 2012.

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

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

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

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