

A EMPRESA MARANHENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EMSERH): A ESTRATÉGIA DO MARANHÃO PARA A GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO

THE MARANHENSE COMPANY OF HOSPITAL SERVICES (EMSERH): MARANHÃO'S STRATEGY FOR PUBLIC HEALTH MANAGEMENT IN THE STATE

Gamaliel Silva Carreiro*
Paula Katiana da Silva Carreiro**

Introdução

A situação da saúde pública, no estado do Maranhão, historicamente tem se mantido como uma das piores do Brasil (MACROPLAN, 2016; 2018). Isso se aplica às diversas variáveis que compõem os serviços de saúde, tais como: número de médicos à disposição da população, leitos disponíveis na rede pública, leitos de UTI. O cruzamento desses dados com outras variáveis – expectativa de vida, despesa per capita em saúde, taxa de mortalidade infantil, índice de sane-

amento, rede de distribuição de água potável, coleta e tratamento de esgoto e IDH –, indicam que as condições gerais da saúde pública maranhense se mostram ainda mais precárias.

Essa realidade já foi bem pior e vem melhorando nos últimos anos. A gestão do governador Flávio Dino (PC do B) - (2014-2022), implantou algumas políticas públicas com vista a tentar reverter parte dessa situação da assistência à saúde oferecida pelo ente público. É sobre um aspecto dessas políticas públicas que foram imple-

* Professor do Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Imperatriz, MA, Brasil. E-mail: gamasc72@hotmail.com; gamaliel.carreiro@ufma.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0139-7321>.

**Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil. E-mail: katianapaula@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4274-7770>.



mentadas, que o presente texto se debruça a analisar, qual seja, a utilização da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH) na gestão da saúde pública do Estado. O presente texto é parte dos resultados de uma pesquisa mais ampla sobre o campo da medicina no Maranhão e suas transformações, iniciada em 2018, com previsão de término em 2021¹. À medida que a pesquisa avançou, tornou-se imprescindível compreender mais detalhadamente a atuação da EMSERH e seu papel no contexto da saúde pública maranhense. Este parece ser um caso singular, pois nenhum ente da federação, à exceção do Governo Federal, transferiu tantas responsabilidades para uma empresa pública, como vem fazendo o Estado.

A pesquisa foi aprovada pelo órgão de colegiados da Universidade Federal do Maranhão, bem como pelo Conselho de Ética, e os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Metodologicamente ela se sustenta em um tripé: por um lado, baseia-se em uma ampla coleta de dados em diferentes órgãos do estado do Maranhão e do Governo Federal, priorizando a pesquisa de fontes documentais. Incluem-se aí, relatórios do Tribunal de Contas da União, da Controladoria Geral da União, Ministério Público Federal, Polícia Federal e na esfera estadual, em relatórios da EMSERH, da Secretaria de Estado da Saúde, da imprensa, Diário Oficial do Estado, Tribunal de Contas do Estado e Ministério Público Estadual; em outra frente de investigação realizamos trabalho de campo com entrevistas a médicos, funcionários e ex-funcionários da rede estadual de saúde. Um terceiro flanco da pesquisa dedica-

-se a acompanhar, transcrever e analisar os discursos, as propagandas/marketing da organização além dos pronunciamentos de figuras importantes da gestão da saúde estadual como o presidente da EMSERH, o secretário estadual de saúde e as posições oficiais do Governo Estadual sobre a instituição, emitidas por meio das agências de notícias oficiais.

Teoricamente, propomos analisar a EMSERH tendo em vista seus aspectos políticos, administrativos e econômicos dentro de um quadro geral que incorpora os debates argumentativos de uma sociologia da administração pública. Também propomos a contextualização do estudo de caso dentro das bases teóricas da sociologia econômica, retomando as reflexões de Karl Polanyi (2004), Lebaron (2010) dentre outros, que permitirão uma melhor apreensão do fenômeno.

1. A Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares – EMSERH

A Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH) foi criada pela Lei estadual nº. 9.732 de dezembro de 2012, ainda durante a gestão da então governadora Roseana Sarney. Trata-se de uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado com autonomia administrativa, técnica, patrimonial e financeira (MARANHÃO, 2012). Em muitos aspectos jurídicos, a EMSERH assemelha-se à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), de propriedade do Governo Federal, e responsável pela administração dos hospitais universitários em todo o país (ANDREAZZI, 2013; VIEIRA, 2016).

1. A pesquisa é intitulada “As políticas públicas dos governos Lula e Dilma Rousseff (2003-2015) e seus impactos na reestruturação da profissão de médico no Maranhão e Brasil (Formação, qualificação, inserção profissional e status)”.

A EMSERH está vinculada ao estado do Maranhão por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde (SES). No artigo 7 da lei que a criou, a primeira e mais importante fonte de recursos são as doações que lhe são consignadas no orçamento do estado do Maranhão, mediante contrato de gestão de unidades de saúde (MARANHÃO, 2012). Embora constem outros mecanismos que lhe permitem sobreviver financeiramente, a dependência dos recursos oriundos da SES é estruturante. Em 2020, a EMSERH possuía convênios com a SES, onde administrava as unidades de saúde, com a Secretaria de Estado da Gestão de Patrimônio (SEGEP) e a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP)².

A legislação que a criou informa que se trata de uma empresa sem fins lucrativos, um parceiro privilegiado do Estado no processo de gestão da saúde pública. A EMSERH pode atuar em praticamente todos os níveis de assistência à saúde pública, entretanto, a mesma legislação impõe mecanismos de proteção financeiros mais rígidos do que os praticados pelo Estado, de um modo geral. Assim, a gestão da EMSERH tem tentado buscar um equilíbrio na gestão financeira, não se furmando auxiliar o Estado na provisão de serviços de saúde pública à população, como firmado na Constituição Federal, esforçando-se para obedecer os princípios de economicidade, eficiência e eficácia que devem marcar a gestão da coisa pública.

A forma administrativa assumida por ela, desde que se tornou parceira privile-

giada do Estado na gestão da saúde, é a de uma gestão mais próxima das empresas privadas do que daquelas usualmente encontradas na administração pública direta. São constantes as preocupações com questões como: risco a rentabilidade e sustentabilidade, contratos regulamentados, formalizados e compatíveis com os princípios que regem a empresa, gestão de qualidade, avaliação de desempenho, avaliação e mensuração de custos e resultados antes de assumir obrigações e responsabilidades. Em entrevista à agência pública de notícias do Estado, o presidente da EMSERH afirmou: “O principal papel da empresa pública é gerir as unidades de saúde de forma eficiente, nos moldes preconizados pelo Sistema Único de Saúde e executados em nível estadual pela SES” (EMSERH, 2020). Por seu lado, o secretário estadual de saúde também afirmou: “A EMSERH gerencia a maior parte das nossas unidades de saúde e comprova que eficiência, economicidade e qualidade podem vir de empresa pública [...]. São cinco anos investidos em qualificação dos nossos profissionais e serviços bem avaliados pelos usuários na capital e no interior” (EMSERH, 2020).

Em dezembro de 2020 a EMSERH completou 8 anos de vida, sendo responsável por administrar 70% das unidades de saúde pública do Maranhão³. Foi, sobretudo no governo Flávio Dino (PCdoB), especialmente a partir de 2016, que ela se tornou importante para a política de saúde do Estado. A empresa assumiu a gestão de dezenas

2. Em 2016, já na gestão do Governador Flávio Dino, foi aprovada a Lei nº. 13.303/2016 que alterou o estatuto da EMSERH adequando-a para os objetivos da nova política de gestão da saúde, como assumir novas funções e novos projetos de gestão em saúde. Em 2019, mediante o Decreto nº. 34.992 de julho de 2019, promove-se uma nova alteração no Estatuto com vistas a uma readequação e ampliação da capacidade de atuação da EMSERH.

3. Os demais 30% são responsabilidades da administração direta do Estado e alguns poucos contratos com OSs, OSCIPs e ONGs.

de unidades de saúde distribuídas em todo o território estadual. Em 2020 ela gerenciava 45 unidades de saúde, incluindo hospitais de alta complexidade e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em diversos municípios do estado, laboratórios, centro de hematologia e hemoterapia. Ela ainda firmou contrato e gerencia o ambulatório do Hospital do Servidor Público Estadual, além de prestar serviços de apoio ao sistema prisional e à Secretaria de Estado da Mulher.

Em cinco anos, a EMSERH tornou-se uma empresa gigante no mercado da saúde no Maranhão, ao mesmo tempo que minuiu a participação das organizações do terceiro setor, muito presentes na gestão da saúde pública do governo anterior. Importa salientar que, antes do governo Flávio Dino, a EMSERH não possuía atividades relevantes e a saúde pública era administrada, majoritariamente, por meio de parcerias entre o Estado e instituições do terceiro setor (OSs, OSCIPs e ONGs), muitas delas, sem licitação, conforme relatado em investigações da Polícia Federal e relatórios da Controladoria Geral da União.

Os escândalos na saúde estadual se multiplicaram ao longo da primeira e segunda década do século XXI, mas foram especialmente os escândalos dos valores desviados que se tornaram públicos a partir de 2009, durante o segundo mandato da então governadora Roseana Sarney. Estima-se que mais de 1 bilhão de reais foi desviado da saúde do Estado por meio dessas organizações parceiras conforme informa relatórios da Controladoria Geral da União (CGU) (BRASIL, 2020). Parte dos desvios continuou durante os primeiros anos de mandato do governo Flávio Dino, é o que dizem as investigações da CGU em parcerias com Ministério Público Federal (MPF) e divulgados na im-

prensa e nos sites oficiais desses órgãos (BRASIL, 2020). O resultado desses relatórios levou a diversas operações realizadas pela Polícia Federal (PF) nos anos de 2015, 2016 e 2017, para combater os desvios, sendo a mais conhecida a *Operação Sermão Aos Peixes*, que teve diversas fases (BRASIL, 2020). Segundo as investigações da PF, o dinheiro do Fundo Nacional de Saúde (FNS) era enviado para a SES do Estado que mantinha contratos de gestão com entidades do terceiro setor. Relatórios da CGU de 2015 e 2017 e do MPF de 2014, 2015 e 2016 sobre a gestão desses recursos, e também investigações da PF, detectaram fortes indícios de desvio de dinheiro por parte dessas empresas em diversos esquemas, tais como: uso de empresas de fachada e superfaturamento de serviços. Segundo o relatório da PF, as fraudes teriam beneficiado políticos tradicionais do Estado, funcionários públicos e empresários próximos a esses políticos (BRASIL, 2020).

As conclusões das investigações indicam que OSs, OSCIPs e ONGs, atuantes na gestão da saúde estadual, tornaram-se importantes fontes econômicas de manutenção no poder do grupo político que dominava a política estadual há quase 50 anos. Por meio de desvio de recursos, contratos fraudulentos, sobrepreço de bens e serviços, e falhas do Estado no controle e fiscalização das atividades dessas organizações, o dinheiro da saúde irrigava o financiamento de políticos, perpetuando e fortalecendo esses grupos no poder.

O novo governo eleito decidiu rescindir os contratos entre o estado do Maranhão e as organizações sociais transferindo a gestão das unidades de saúde para a empresa pública. É nesse contexto que a EMSERH vai, paulatinamente, incorporando a administração de hospitais, Unidades de Pronto

Atendimento (UPAs) e unidades da saúde, antes administradas por OSs, ONGs e OSCIPs. Posteriormente, contratos com outros órgãos foram celebrados e a empresa ganhou mais espaço.

O fortalecimento da EMSERH significou, por um lado, o maior controle do Executivo sobre essa área, e a empresa tornou-se uma alternativa viável na busca por mais eficiência, transparência da administração pública, diminuindo, em tese, as chances de corrupção que marcaram a saúde nas gestões anteriores. Por outro lado, a decisão governamental de remoção do terceiro setor do âmbito da saúde, via EMSERH, interrompeu o fluxo de desvios de recursos públicos da saúde no estado do Maranhão. Como consequência, essa política também deixou de beneficiar a parcela da oposição política que se beneficiava dessa prática de corrupção.

É difícil avaliar se a decisão política de usar a EMSERH na gestão da saúde, tinha como foco a asfixia financeira dos grupos políticos ligados ao “clã Sarney”, ou se tal política buscava unicamente aprimorar a eficiência do Estado na prestação desse serviço. Não obstante, a estratégia de usar a EMSERH teve esse efeito no jogo político estadual.

2. A busca pela eficiência na gestão da coisa pública

Sem descurar o peso da dimensão política no fortalecimento da EMSERH, na gestão da saúde pública do Maranhão, importa situá-la, também, no contexto mais amplo dos caminhos que este campo tomou desde a Constituição de 1988 e os debates travados sobre que organizações estariam mais aptas a gerenciar os serviços públicos de saúde no país. Há pelo menos 60 anos,

o Estado brasileiro passa por reformas sempre com vistas a tornar-se mais eficiente na produção e oferta de bens e serviços. Rezen-de (2009) sintetiza bem os caminhos trilhados para solucionar os problemas de ineficiência do Estado brasileiro.

O primeiro ocorreu na década de 1960 e início da década de 1970, quando a reforma do Estado e a busca por eficiência se centraram na expansão das empresas estatais. Não que elas tenham vindo substituir outras formas de atuação do Estado; este continuou sendo um ente que administrava e produzia bens e serviços por meio da administração direta – aqui entendida como os ministérios, as autarquias, os institutos e as fundações públicas. Esse período, portanto, foi marcado por uma expansão muito forte e significativa das empresas estatais e a reforma do estado, ou seja, a busca por maior eficiência na alocação de recursos teve nas empresas estatais o seu mecanismo indutor. O segundo marco, na década 1990, foi caracterizado na realidade por um processo inverso ao anterior: a reforma do Estado e a busca pela eficiência centraram-se fundamentalmente no processo de privatização e desregulamentação da economia, significando a saída do Estado como produtor de bens e serviços, passando a ser muito mais um Estado regulador. Surge aí a profusão de agências reguladoras que fazem parte do nosso cotidiano. O terceiro marco, iniciado na década de 1990 e que vem até hoje, foi caracterizado por uma profusão de busca de modelos alternativos consubstanciado na criação de Organizações Sociais -; Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs – e Fundações Públicas de Direito Privado e os modelos mais tradicionais, que há mais tempo estão postos, de OS e OSCIPs. (REZENDE, 2009, p. 4)

Para os propósitos do presente artigo, nos concentraremos na última fase dessas reformas, retomando alguns elementos importantes. O Sistema Único de Saúde é instituído com a Constituição de 1988, tendo como princípio fundador a saúde como direito de todos e dever do Estado. Não obstante a aprovação dessas leis, a partir do início da década de 1990, uma série de ajustes e reformas estruturais são impostos ao Estado brasileiro impactando diretamente a forma como esse serviço público poderá ser gerido. Ao mesmo tempo que a “Constituição Cidadã” impunha novas responsabilidades à União, reformas estruturais eram implantadas com vistas a resolver a crise econômica instalada, que afetava diretamente os cofres públicos. As novas conquistas, como o direito à saúde, mediam forças com um discurso racionalizante da administração pública que pregava a necessidade de se evitar a falência completa do Estado, mediante medidas que visavam diminuir sua presença nos diversos setores da sociedade, por meio de parcerias com entidades diversas, capazes de gerir os recursos públicos mais eficientemente do que o Estado (REZENDE, 2009).

Em 1995, foi lançado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) idealizado por Bresser Pereira e, dentre as muitas propostas, ganhou força o debate sobre a necessidade de o Estado estabelecer parcerias estratégicas de cooperação em diversas áreas, de modo a cumprir com os princípios definidos pela Constituição de democratizar seu acesso a todos os cidadãos. Assim, por meio das Leis nº 9.637/98

e nº 9.790/99, foram criadas as possibilidades de celebração de parcerias entre os entes da Federação e das Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e ONGs⁴. (BRASIL, 1998; 1999). O argumento usado para sustentar essa interpretação do texto constitucional era o de que uma série de serviços sociais – imprescindíveis à população, mas com o potencial de despertar competitividade no mercado e, conseqüentemente, lucratividade, emprego e renda, tais como educação, cultura e saúde –, poderiam ser desempenhados pelo setor privado, podendo o Estado ocupar o papel de fiscalizador e regulador (BRESSER-PEREIRA, 1997; 1998). Segundo ainda essa interpretação constitucional que se tornou hegemônica, “nem tudo que é público deve ser estatal”, cabendo, portanto, à iniciativa privada o direito e o dever de estabelecer parcerias com o Estado para tornar as políticas públicas mais efetivas e eficientes (RAVIOLI; SOÁREZ; SCHEFFER, 2017)⁵. Para muitos críticos da Reforma de Bresser Pereira, a nova legislação aprovada oficializava, na verdade, o processo de terceirização, transferindo a responsabilidade do Estado para a iniciativa privada. Por seu lado, os defensores da reforma argumentavam que se tratava tão somente de regulamentar a transferência daquelas atividades consideradas não-exclusivas do Estado (SHIER, 2002).

No centro da discussão está o questionamento da eficiência do Estado em administrar a saúde pública. A administração estatal direta é realmente ineficiente? Em-

4. A forma de relacionamento entre os entes públicos e as organizações do terceiro setor dispensa licitação, conforme disposto no inciso XXIV do artigo 24 da Lei nº. 8.666/93. Alguns estados e municípios, entretanto, criaram legislação específica para disciplinar o assunto.

5. A Lei nº. 11.079/04 definiu as parcerias público/privadas.

presas públicas funcionam melhor do que a administração direta?⁶ O terceiro setor é capaz de prestar serviços de melhor qualidade gestando a coisa pública mais eficientemente do que o Estado? Não são poucos os trabalhos que debatem os modelos mais eficientes de gestão dos recursos públicos. Ravioli et al. (2018) observam que o debate sobre a emergência de modelos alternativos de gestão dos serviços públicos de saúde estão ancorados em, pelo menos, duas grandes perspectivas, a saber: uma de cunho econômico-político, marcada pela análise do avanço do neoliberalismo no mundo e das reformas do Estado, que é imposta, especialmente em economias periféricas como o Brasil; a segunda, de cunho econômico-administrativo, que focaliza as investigações nas comparações entre os modelos privados de administração, com seus padrões de eficiência e eficácia como alternativas à gestão estatal, analisados e julgados como ineficientes. Assim, asseveram eles; “os modelos de gestão são apresentados ora como a modernização ora como a destituição do papel e das atribuições do Estado na saúde” (RAVIOLI et al., 2018, p. 7). E continuam argumentando:

A primeira explicação, exógena e de natureza macropolítica, localiza-se no cenário das privatizações e transferências de responsabilidades do Estado para o setor privado, com gradativo recrudescimento das políticas públicas e desmonte do aparato estatal. Mas também está inserido no cenário da reforma gerencial, que previa transferir a oferta de serviços públicos para OS e provedores públicos não estatais, que passariam a receber recursos

do Estado, com atuação regida por contrato de gestão. Outros objetivos eram a existência de agências reguladoras, a gestão baseada em resultados e a premiação por méritos, sob o argumento de tornar mais eficiente a administração pública, racionalizar os gastos e oferecer aos cidadãos serviços de melhor qualidade, atribuindo maior importância aos resultados financeiros e à produção dos serviços. A segunda motivação, endógena à gestão, foi uma resposta as dificuldades da administração direta em gerir adequadamente serviços de saúde, devido à sua baixa capacidade operacional, falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, baixos controles de qualidade, influência política externa, burocracia excessiva para controlar pessoal, efetuar adequações de estrutura e comprar insumos, medicamentos e equipamentos. Somam-se as normas e procedimentos típicos da Administração Direta e a Lei de Responsabilidade Fiscal, que limitam a expansão e qualificação do quadro de recursos humanos. (RAVIOLI et al., 2018, p.7)

A legislação, aprovada durante a década de 1990, impulsionou estados, municípios e Distrito Federal a buscar parcerias com o terceiro setor, transferindo diversos serviços para as muitas organizações fundadas. A saúde foi uma das áreas mais impactadas, conforme asseveram relatórios do Tribunal de Contas da União (TCU, 2012).

As parcerias com o terceiro setor foi o caminho mais trilhado pela saúde em todo o Brasil, com algumas variações, e no Maranhão não foi diferente. Foram celebrados contratos com diversas organizações que dominaram a gestão da saúde até 2015,

6. Aqui, merecem destaque as reflexões de André, Ciampone e Santelle (2013), Oliveira e Oliveira Filho (2013), Barbosa e Elias (2010), Barbosa e Malik (2015), Camargo et al. (2013)

quando, então, o novo governo deu uma guinada, criando nova estratégia de gestão⁷.

A opção pelo terceiro setor como gestor privilegiado da saúde sustenta-se em uma série de justificativas jurídicas, administrativas e tecnológicas explicitadas por gestores, analistas políticos e pesquisadores. Segundo os dados da pesquisa da Conferência Nacional dos Municípios - CNM (ALVES, 2019), a opção das prefeituras pelas parcerias com OSs, ONGs e OSCIPs permitiu, nos últimos anos, que algumas se livrassem de contabilizar esses gastos como despesas com pessoal, driblando, assim, a Lei de Responsabilidade Fiscal que proíbe as cidades de gastarem mais de 60% do que arrecadam com recursos humanos. O fenômeno se repete na esfera estadual e, embora isso constitua uma ilegalidade jurídica, tem ocorrido com muita frequência em todo o país conforme observa Rehem (2017). Foram ainda encontradas outras explicações, entre as quais o ganho de eficiência, decorrente da especialização e da capacidade de investimento tecnológico que tais organizações afirmam ter para gerir a saúde pública e que o setor público não dispõe. Prefeitos afirmaram ainda que a terceirização reduz gastos públicos e ainda aprimora a qualidade do serviço prestado (ALVES, 2019)⁸.

Duas décadas depois da aprovação da legislação que regulariza a parceria entre os entes públicos e o terceiro setor, para a gestão da saúde pública dois elementos importantes se destacam; em primeiro lugar, a multiplicação do número dessas organi-

zações no país; a segunda encontra-se estampada em capas de jornais, especialmente na parte policial, e tratam de dezenas de denúncias de corrupção, desvio de recursos públicos e atendimento de baixa qualidade (RODE, 2017). Pesquisas recentes (MORAIS et al., 2018) indicam que essas organizações se tornaram poderosas instituições financeiras atuantes no campo da saúde brasileira, administrando dezenas de bilhões de reais todos os anos em todo o Brasil. Ravioli et al. (2018) observam que, embora no Brasil haja escassos estudos comparativos sobre o desempenho das diferentes instituições na gestão da saúde, estes não demonstram que a gestão empreendida pelo terceiro setor seja superior à administração direta, todavia estudos de caso pontuais possam comprovar o contrário (REHEM, 2017, IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007; SANO; ABRUCIO, 2008).

Se pesquisas não conseguiram demonstrar a superioridade da gestão privada sobre a administração direta, não são poucos os trabalhos que apontam falhas gravíssimas dos entes públicos em fazer valer os mecanismos formais de controle de avaliação e desempenho de OSs, ONGs e OSCIPs que gerenciam a saúde pública no Brasil (BARBOSA; MALIK, 2015; PUCCINI, 2011), uma realidade vivida também na saúde do Maranhão. Tanto no caso maranhense, apontado aqui, quanto em outros cantos do Brasil, a opção feita pelo terceiro setor revelou-se problemática, pelas razões já apontadas acima. Acrescenta-se a incapacidade

7. Druck (2016) salienta que os dados do TCU, de Comissões Parlamentares de Inquéritos e do IBGE (IBGE, 2014) indicam um aumento significativo dessas organizações em todo o país. A autora estabelece uma relação direta entre o aumento da presença dessas instituições e a diminuição do quadro de funcionários públicos concursados, ao mesmo tempo em que sugere o agravamento da precarização dos contratos de trabalho em todo o país.

8. Estudo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo teria constatado que as OS's conseguem ser até 52% mais produtivas, e 32% mais baratas para o Estado (REHEM, 2017).

ou desinteresse do Estado de conter tais organizações na sua busca por maximizar, *ad infinitum*, taxas de lucros cada vez maiores, sobrepondo os interesses privados sobre os públicos (SODRÉ et al., 2013; CABRAL et al., 2016). Pesquisa seminal realizada por Moraes et al., (2018) constata que algumas dessas organizações atuantes perfilam entre as maiores empresas do Brasil, e nas últimas décadas passaram ao largo das crises financeiras. Segundo os pesquisadores, trata-se de um mercado bilionário, com brechas jurídicas que possibilitam aos conselheiros dessas instituições estipular, em segredo, altíssimas remunerações aos executivos dirigentes, conforme definido pela Lei nº. 9.637/1998, transferindo-se, assim, os lucros das organizações para seus proprietários em forma de remunerações (MORAIS et al., 2018). Concluem os pesquisadores:

Os resultados da pesquisa põem em xeque a natureza não lucrativa das OSs como entidades do “terceiro setor”, cabendo indagar por que em uma sociedade de mercado essas entidades estariam motivadas tão-somente pelos valores da filantropia, da solidariedade social ou do interesse público. Afinal, a autorização em lei para o pagamento de salários aos dirigentes das OSs, a figuração dessas entidades em ranking das maiores empresas do país e a possibilidade de aplicação dos excedentes monetários na dinâmica da financeirização dos capitais, somente poderiam ser explicadas entendendo-se as organizações como forma política ancorada na dinâmica de expansão do mercado da saúde e na acumulação decorrente deste processo. (MORAIS et al., 2018, p.10)

É um erro grave criar uma imagem de que todas as organizações do terceiro setor soem ser corruptas, prestam serviços de bai-

xa qualidade e não colaboram para a política de oferta de saúde pública de qualidade à população. Não obstante, tanto no Maranhão, como em muitos outros lugares, evidenciou-se um Estado ineficiente nas suas funções fiscalizadoras (SODRÉ et al., 2013), portanto, aquilo que foi prometido – tornar mais eficiente a prestação de serviços públicos com racionalização dos gastos e melhoria da qualidade no atendimento ao usuário –, não foi entregue (PACHECO et al., 2016). Em seu lugar, desenvolveu-se uma relação pouco republicana entre tais organizações e agentes do Estado (políticos, altos funcionários do setor público), claramente explicitadas nas operações da Polícia Federal, nos relatórios da CGU e tribunais de contas dos estados, e nos muitos inquéritos policiais abertos nas últimas décadas.

3. A EMSERH como estratégia administrativa

Diante de tantos escândalos de desvio e corrupção nas OSs, OSCIPs e ONGs, atuantes na saúde do estado do Maranhão, a mudança empreendida pelo governo Flávio Dino foi radical: fazer uso da empresa pública já existente, suprimindo a participação das entidades privadas na gestão da saúde. As condições jurídicas para isso já estavam dadas. Não custa lembrar que a parceria com o terceiro setor constitui apenas uma das alternativas à gestão direta. Dentro dos processos de reforma do Estado, o artigo 37, inciso XIX da Constituição Federal criou a possibilidade da União, Estados, Municípios e o Distrito Federal, mediante lei específica, criarem formas de administração indireta, como: autarquias, fundações públicas, sociedade de economia mistas e empresas públicas. Em 2007, o projeto de Lei nº. 92/2007 regulamentou esse artigo e inciso, e definiu as áreas de atuação de

fundações instituídas pelo poder público⁹. As fundações de direito privado já existiam no Brasil, mesmo antes da Constituição de 1988, mas com a nova legislação, os entes públicos foram estimulados a criar instituições como estratégias para gerir os serviços de sua alçada dentro de um sistema jurídico mais consolidado.

A ascensão da EMSERH na administração dos serviços de saúde pública do Maranhão pode ser lida para além do peso da dimensão política, indicado acima, como o resultado da crença na falência do modelo anterior de parceria Estado/terceiro setor, que marcou a gestão da saúde pública no Brasil e no Maranhão nas últimas duas décadas. Todavia, a opção feita por um governo de esquerda (PCdoB) em fortalecer uma empresa pública, em oposição ao governo que o antecedeu, marcado pela transferência da gestão para OSs, OCIPS e ONGs, constitui apenas o outro lado da mesma moeda, que é, também, a crença irreconhecível de que o Estado, com sua administração direta, é ineficiente como gestor, incompetente na prestação de serviço de qualidade, no controle e na fiscalização dos entes que lhe prestam serviços e não pode ser reformado.

Não obstante todos os investimentos em imprimir uma gestão pautada por princípios como economicidade, eficiência, eficácia, efetividade, desde que se iniciaram as transferências da gestão da saúde do terceiro setor para a EMSERH, os prejuízos contábeis são uma das marcas mais visíveis da empresa pública. Assim, o resultado do exercício de 2016 apontou um prejuízo de um pouco mais de 13 milhões de reais. Em 2017, o valor subiu para 54 milhões e em

2018, quando a empresa já administrava mais de 1 bilhão de reais, fechou o ano com um *déficit* de quase 5 milhões. Em 2019, o resultado do exercício indicou 128 milhões negativos no caixa da empresa. A EMSERH cobra 4% de taxa de administração (MARANHÃO, 2012, 2019), o que deveria lhe render, só em 2018, um pouco mais de 30 milhões e meio de reais, dado o volume de recursos que administrou.

Importa salientar que nesse período também houve um elevado aumento de investimentos do Governo na ampliação da rede de assistência à saúde (novas UPAs, novos hospitais, centros de especialidades médicas, etc.), e a gestão dessas novas unidades foi repassada para a EMSERH. A análise dos relatórios e dos balanços financeiros da instituição sugerem que ela tem assumido compromissos acima de sua capacidade financeira. Não obstante, os recursos repassados pela SES para a EMSERH gerir a nova rede de saúde, não cobrem os custos efetivos e isso se manifesta nos sucessivos prejuízos. Ao mesmo tempo, a instituição não pode – porque não tem autonomia administrativa –, dizer não às demandas do Estado, apesar da legislação que a criou lhe facultar esse direito.

3.1. O sistema de contratação da EMSERH

O ingresso na EMSERH pode ocorrer por concurso público – exceto nos casos das contratações de médicos, que analisaremos à parte –, e este, entre os anos de 2017 e 2020, assumiu duas configurações: uma forma mais elaborada, com provas de conhecimentos gerais e específicos e outras etapas, como avaliação de títulos. De-

9. As áreas da Saúde, Assistência Social, Cultura, Desporto, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Previdência complementar do servidor público, Comunicação social e promoção do Turismo Nacional.

teceu-se ainda uma forma simplificada (processo seletivo simplificado, geralmente com validade de um ou dois anos, podendo ser prorrogado por igual período). Em ambos os casos, há o estágio probatório de 90 dias, podendo a empresa manter a contratação ou dispensar o candidato. O regime jurídico adotado pela EMSERH é o da CLT. Neste caso, o concurso/seletivo público não garante a estabilidade no emprego, podendo os contratos ser rescindidos a qualquer tempo, obedecendo critérios objetivos. O estatuto da empresa informa que a rescisão do contrato pode ocorrer por “término do prazo do contrato, por dispensa, a pedido do empregado, sem justa causa, com justa causa, insuficiência na avaliação de desempenho durante o período de experiência” (EMSERH, 2018, p. 21). Entre os anos de 2016 e 2018 não foram detectados casos de demissão, mas estes se tornaram frequentes a partir do início de 2019. Em agosto do mesmo ano, uma onda de demissões atingiu várias Unidades de Pronto Atendimento da capital e do interior. Nessa onda, mais de uma centena de funcionários foram demitidos, incluindo técnicos em diversas áreas, além de maqueiros, motoristas, recepcionistas, etc. Conforme nota da SES e da EMSERH, as demissões fazem parte da dinâmica da empresa e são o resultado de constantes avaliações de desempenho de seus colaboradores. Segundo informaram ex-funcionários e médicos entrevistados, o que vem ocorrendo desde 2019 são constantes reduções do quadro de funcionários e o conseqüente aumento da carga de trabalho sobre aqueles que ficaram, sem um equivalente aumento salarial. A sobrecarga de trabalho veio acompanhada do medo de novas demissões. Estas se tornaram uma constante na empre-

sa, como forma de tentar manter os gastos equilibrados e diminuir os rombos nas contas. Ela atinge, em graus diferentes, os variados grupos de trabalhadores da organização, de acordo com o tipo de contrato firmado.

As formas contratuais estabelecidas impactam na permanência dos empregados na empresa. Assim, conseguimos perceber pelo menos 3 distintas relações de vínculos entre a EMSERH e seus funcionários. Há, primeiramente, o grupo que foi aprovado no único concurso público realizado pela empresa e, embora este seja regido pela CLT, parece gozar de uma certa estabilidade na organização. O segundo grupo é mais vulnerável: são os aprovados em processos seletivos simplificados com contratos temporários; esses trabalhadores, geralmente com formação técnica, e em grande quantidade no mercado, são os primeiros a sofrerem com as intemperanças financeiras da EMSERH. Parece, também, recair sobre eles os princípios de eficiência, eficácia que a empresa tenta manter em sua gestão. O grau de rotatividade dessa classe é o mais elevado na organização, e as demissões são uma constante em hospitais e UPAs.

Existe um terceiro grupo que mereceria um estudo à parte: são os médicos que trabalham na EMSERH. A maneira como estes são contratados é a mais precária forma praticada ali. Alguns sequer possuem contratos. A empresa não lida diretamente com esta categoria profissional, nem tão pouco realiza concurso na área. Para poder trabalhar nos estabelecimentos geridos pela EMSERH, o médico é obrigado a associar-se a uma cooperativa que indicará onde ele trabalhará. Os recursos para o pagamento dos salários passam do Estado para a EMSERH que retém 4% de taxa de administração e ela os repassa às cooperativas que pagam

aos médicos, após abocanhar entre 12 e 18% dos valores brutos. O trabalho de campo realizado e as entrevistas feitas com esses profissionais informam que não há um direito assegurado para eles. Assim, informou um médico entrevistado:

Eu não posso contar com esse dinheiro. Não sei quando, quanto ou se vou receber o salário. Todo mês é assim. E você só recebe se trabalhar. Adoeceu, não pode ir ao plantão, não recebe, aliás, nós não temos direito de adoecer. A cooperativa pode também informar que a EMSERH não precisa da gente e no outro dia estamos desempregados. (Entrevista com J.O. em 16/07/2020).

Segundo nossos levantamentos, os valores pagos pela EMSERH por um plantão médico em 2020 era o mesmo de 2011. E os plantões dos finais de semana, historicamente mais rentáveis, foram, em 2019 reduzidos em 30%, tornando-se equivalentes aos da semana.

Se as formas contratuais entre esses e a EMSERH são precárias, as pesquisas sugerem pouca ou nenhuma fiscalização da EMSERH sobre os serviços prestados pelos profissionais. Segundo depoimentos, o médico define quantos pacientes vai atender durante seu plantão. Um desses profissionais nos informou: “se um médico quiser dar “barrigada” [trabalhar bem menos do que pode ou deve] no plantão, ninguém diz nada, por que não existe fiscalização”. Não há metas a serem batidas por dia, apenas o ponto será cortado, caso ele não apareça no trabalho. O entrevistado ainda acrescenta:

A incerteza é gigantesca nesse serviço. Embora a gente não seja fiscalizado pela EMSERH ou pela cooperativa, não sabemos nada sobre data de pagamento. Só sabemos

que, como somos muitos cooperados, a EMSERH fica meio que obrigada a pagar. Se um receber, então todos vão receber. Mas também, a qualquer momento, sem justificativa, a cooperativa pode tirar a gente. Isso tem ocorrido muito aqui em São Luís, porque eles sabem que têm muitos outros médicos que vão aceitar o emprego. (Entrevista com J.O. em 16/07/2020).

Do ponto de vista da gestão e da satisfação dos funcionários, a opção do Estado pela EMSERH parece constituir um retrocesso em relação ao terceiro setor, acentuando os processos de intensificação e precarização do trabalho, com insatisfação dos funcionários, instabilidade tanto no emprego quanto nos proventos que são pagos. Nestes termos, a gestão direta parece oferecer melhores condições aos trabalhadores do que o presente modelo.

Quando comparamos a gestão da EMSERH à do terceiro setor, ela também perde na avaliação em alguns quesitos. Assim, no que tange à satisfação dos funcionários, as entrevistas que realizamos com médicos e funcionários que trabalharam nas OSs e OSCIPs e hoje estão na EMSERH, revelaram que, na visão deles, o modelo anterior é melhor avaliado. Os entrevistados informaram que, com raras exceções, não haviam atrasos nos salários, remunerava-se melhor e havia fiscalização do trabalho do médico e demais profissionais o que não ocorre na atual gestão.

Do ponto de vista dos funcionários, a EMSERH tem se mostrado fonte de insegurança em termos de manutenção dos postos de trabalho, e como é totalmente dependente dos repasses financeiros do governo, tornou-se economicamente instável, nos últimos anos, e precária na fiscalização do trabalho e da produtividade, sobretudo da classe médica.

3.2. A qualidade do atendimento

A EMSERH afirma ter feito uma pesquisa de satisfação com os usuários das UPAs em 2016, e com os usuários da rede hospitalar em 2018¹⁰. A pesquisa teria avaliado itens como: nível de satisfação, tempo de espera, eficácia do atendimento, resolutividade, capacidade técnica e eficiência dos profissionais. Os resultados da pesquisa publicados pela EMSERH e SES indicaram índices de satisfação acima de 80% entre usuários das UPAs, e acima de 90% entre usuários dos hospitais (EMSER, 2016).

Embora desconfiados do elevado grau de satisfação dos usuários, não poderíamos simplesmente ignorá-los ou falseá-los. Ao mesmo tempo, não dispúnhamos de recursos financeiros para aplicar um instrumental com validade estatística nas mesmas unidades investigadas pela EMSERH e, assim, ratificar os resultados ou contestá-los. Buscamos outras formas de analisar os dados existentes, de modo a tentar entender esse fenômeno que é o alto índice de satisfação e de aprovação da população com os serviços prestados pela EMSERH.

Como se sabe, as responsabilidades com a saúde pública são, majoritariamente, dos estados e municípios, cabendo, em tese, ao primeiro, a oferta de serviços de média e alta complexidade e, ao segundo, a prestação de serviços da atenção primária, por meio dos postos de saúde (a porta de entrada da saúde pública).

No Maranhão, o atendimento pode ser dividido em dois grandes sistemas: de um lado, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que passaram a receber, indiscriminadamente, todos os pacientes; do outro, os grandes e médios hospitais, incluindo as policlínicas e os macrorregionais inaugurados entre 2015 e 2020, que oferecem serviços de média e alta complexidade¹¹. Hospitais e UPAs encontram-se distribuídos na capital e no interior do estado¹². A maioria dos hospitais possui especialidades e, embora públicos, só atende pacientes mediante encaminhamentos médicos. Segundo a SES, as especialidades oferecidas pelos hospitais macrorregionais, por exemplo, atendem ao fluxo das diferentes demandas existentes nas regiões do estado. A SES afirma ter conseguido mapear essas demandas e pode racionalizar a oferta das especialidades em cada região.

Esse modelo de gestão – ampliado, descentralizado e com triagem –, evita a migração de milhares de pacientes do interior para a capital, diminui contingente, redistribui os pacientes pela rede de saúde, segundo especialidades, proporcionando aos usuários o atendimento local das suas necessidades, e encaminhamento adequado quando necessário. Assim, a própria reorganização do sistema de saúde já favorece ao usuário. Somam-se a isso, a ampliação e interiorização do número de leitos e de serviços de especialidade ofertados pela rede estadual, sobretudo em médias cidades maranhenses.

10. Foram pesquisadas 11 UPAs, sendo 6 em São Luís e região metropolitana, e cinco no interior do estado. Foram 6 os hospitais que fizeram parte da pesquisa, sendo 4 na capital maranhense e 2 macrorregionais nas cidades de Pinheiro e Santa Inês.

11. Alguns municípios também administram UPAs, contudo, a maioria delas estão nas responsabilidades do Estado.

12. Entre 2015 e 2019 o Estado abriu 10 hospitais macrorregionais em diferentes cidades.

ses, onde a mão de obra médica não é tão escassa¹³. Houve, assim, uma ampliação do atendimento, diminuindo filas e permitindo o acesso da população aos serviços de saúde pública de qualidade mais próximos das residências dos usuários.

Por seu lado, as UPAs passaram a funcionar no sistema de “portas abertas”, recebendo indiscriminadamente todos os pacientes. Atuando assim, ao longo dos últimos anos, elas incorporaram muitos dos serviços que deveriam ser ofertados pelos municípios nos postos de saúde. Em entrevista a um ex-gestor de UPA, administrada por uma OS no Governo Roseana Sarney, ele informa:

Não deveria ser assim. Uma UPA é uma unidade de média complexidade, mas hoje ela funciona como a porta de entrada dos serviços de saúde. Muitos atendimentos poderiam ser realizados nos postos dos municípios, mas as pessoas preferem ir às UPAs. Isso faz com que elas fiquem sempre superlotadas. Na época da Roseana, a gente fazia uma triagem maior e encaminhava para os hospitais ou postos de saúde. Hoje elas assumiram muitas funções que são dos postos de saúde, porque isso mantém a população satisfeita. Mandar alguém de volta ‘pra’ casa gera desgaste político. Por isso não querem que a triagem funcione na UPA. (Entrevista com M. T. em 10/01/2020).

Os postos de saúde, de responsabilidade dos municípios e distribuídos nos

bairros, foram perdendo espaço para as UPAs, em grande medida, como o resultado da própria propaganda veiculada pela SES da qualidade elevada do atendimento dessas unidades e de uma política que, embora não seja explicitada, encontra-se em funcionamento, qual seja: a de não mandar paciente de volta para casa sem atendimento. Assim nos relata um médico da UPA:

A UPA onde eu trabalho tem quatro médicos por plantão. Poderia funcionar muito bem com dois. O problema é que a triagem não funciona. Muita gente que poderia ser atendida nos postos de saúde corre ‘pra’ UPA e como lá a ordem é não recusar pacientes, a gente atende todo mundo. Eu já atendi gente com problema de escabiose. Isso não é um caso de UPA. Mas sabe o que mais: eu acho que esses dados aí sobre satisfação do usuário não estão errados não. Da forma como ‘tá’ funcionando, assim, de portas abertas, sem triagem, todo mundo sendo atendido, isso deixa as pessoas satisfeitas e ainda dá voto. (Entrevista ao médico F. M. R em 06/04/2020).

Como visto nos depoimentos, embora desconfiados dos altos índices de aprovação publicitados pela e EMSERH e SES, é possível, por um lado, constatar maior oferta dos serviços de saúde pública no Estado com a criação e interiorização dos hospitais e, por outro, uma engenharia de distribuição dos pacientes por essa rede em um sis-

13. Em 2015, o recém-empossado governador recebeu a saúde com 216 leitos de cuidados intensivos, 82 leitos de UTI, 101 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 52 leitos de Unidade de Cuidado Neonatal Intermediário Convencionais (UCINCo). No início de 2020, eram 461 leitos de UTI/UCI (aumento de 88%), 191 leitos de UTI adultos (aumento de 133%), 19 leitos de UTI pediátrica (aumento de 11%), 115 leitos de UTIN (aumento de 13,8%), 87 leitos de UCINCo (aumento de 70%). Com a pandemia de Covid-19 esse número foi consideravelmente ampliado. (MARANHÃO, 2019). Esses números foram assim ampliados em razão dos repasses do Governo Federal aos estados durante a pandemia de Covid-19.

tema de classificação que filtra e mantém os hospitais em níveis aceitáveis de funcionamento. Por seu lado, embora ainda com filas e sofrendo com o sucateamento de algumas unidades, como nos informaram alguns funcionários, as UPAs adotaram a política de não recusar pacientes, o que também pode lhe render uma visão positivada da população que usa seus serviços.

3.3. A governança da EMSERH

Como a EMSERH está lidando com desperdícios de recursos públicos, com problemas de desvio, corrupção e transparência no gasto do dinheiro público?

Já mencionamos os constantes prejuízos da EMSERH, ano após ano. Não obstante isso, a quantificação de lucros e prejuízos dessas instituições deve ser avaliada levando em consideração o interesse coletivo e os objetivos das políticas públicas que impulsionaram a sua criação, e nas quais elas se inserem (DI PIETRO, 2015; JUSTEN FILHO; SCHWIND, 2015) o que não é o caso das demais organizações capitalistas. Se o conceito de lucro ou prejuízo de uma empresa pública é relativo aos objetivos que estruturaram a sua criação, alguns princípios que regem a governança, em tese, ganham um peso extra. É assim, ou deveria ser assim com questões como: compromisso com a integridade, observância dos valores éticos e as leis, transparência, definição de resultados tendo por base os benefícios econômicos, sociais e ambientais sustentáveis. Além disso, não devem descurar ainda questões como eficiência, eficácia e efetividade como princípios que as regem. O relatório do TCU sobre o tema, ainda acrescenta: busca por otimização dos resultados pretendidos, capacidade de gerenciar risco, controle interno robusto e robustez da gestão das fi-

nanças, boas práticas de transparência com publicitação dos relatórios de prestação de contas (TCU, 2014).

Algumas pesquisas aludem para o fato de que a boa governança das empresas públicas deveria ser regida por influência da pressão coercitiva sobre a divulgação e adoção de práticas e mecanismos de gestão corporativa, que deriva de medidas cogentes (legislações) cujo descumprimento pode resultar em sanções (NUNES, 2016; FONTES FILHO, 2018; LIMA et al., 2015; MATIAS-PEREIRA, 2010; SCOTT, 2008). Scott (2008) observa que o agir nas e das organizações só pode ter um caminho: que é o da obrigação moral do agente com a coisa pública e/ou a busca por evitar a punição. Segundo relatório do TCU (2014), as empresas públicas brasileiras ainda estão muito longe desse ideal, em estágio inicial quanto a mecanismos de governança, e as empresas públicas estaduais e municipais das regiões Norte e Nordeste perfilam entre as piores do Brasil. Algumas pesquisas realizadas no Brasil sustentam essas afirmações do TCU, com destaque para as de Altounian, Souza e Lapa (2017), Lupion (2018) e Nardes (2018).

Um dos termômetros da lisura e boa governança, embora não seja o único, nem o mais preciso (mas não poderia ser ignorado), é o do número de processos, inquéritos policiais e escândalos que envolvem essas empresas. Estar envolta em muitos escândalos pode ser lido como um indício de uma governança problemática. O levantamento de processos judiciais no âmbito estadual e federal indicam que, entre 2015 e 2019, a saúde pública do Maranhão foi abalada com escândalos de corrupção, todavia, nenhum deles envolvia diretamente a EMSERH. Os vários desdobramentos da operação da PF, intitulada *Sermão aos Peixes* foram direcionadas às ONGs, OSs e OSCIPs que manti-

veram ou celebraram contratos com o Estado para a gestão de unidades de saúde durante o novo governo, ou que foram celebrados no governo anterior e continuaram na gestão seguinte. Pessoas muito próximas do Governador foram acusadas, presas e tiveram bens bloqueados pela PF, em razão de envolvimento com esses desvios¹⁴. Assim, os escândalos de desvios na saúde continuaram durante a gestão Flávio Dino, mas os inquéritos policiais não envolveram diretamente a EMSERH. Nestes termos, ela se mostrou, durante o período 2015-2019, mais confiável do que as organizações do terceiro setor que a precederam. E se destaca ainda pela transparência e publicização dos balanços anuais, mensais, gastos com cartões corporativos e demais despesas.

É difícil avaliar se a EMSERH funcionaria melhor do que a administração direta. Nos quesitos transparência e combate à corrupção, ela se mostrou uma alternativa viável em relação ao terceiro setor que atuava anteriormente.

3.4. O foco no usuário

Resta-nos problematizar um último ponto que julgamos importante e que marca a gestão da EMSERH, a saber, o seu foco no cliente/usuário e suas consequências.

A análise dos dados colhidos revelou que a política de saúde empreendida durante o governo Flávio Dino, por meio da EMSERH, tinha como foco a ampliação da satisfação do usuário com os serviços prestados. A proposta de gerenciar a saúde pública com vistas a assegurar o atendimento

das necessidades do cidadão tem efeitos que vão além da política pública de saúde em si. As preocupações com a qualidade no atendimento sempre estiveram presentes no radar das empresas privadas, como resultado da concorrência do mercado e a busca por ampliar e fidelizar clientes, mas, de um modo geral, não perfilam entre as prioridades dos serviços públicos. Posteriormente, tornou-se um princípio seguido por algumas organizações do terceiro setor. (OLIVEIRA; OLIVEIRA FILHO, 2013).

Não obstante, algumas pesquisas importantes têm demonstrado que, assim como a empresa privada perde quando oferece serviços de baixa qualidade, os agentes públicos, em especial políticos, podem inviabilizar-se politicamente quando não prestam serviços de qualidade à população que governam. Observa Medeiros:

Os eleitores acabam ficando satisfeitos com seus governantes que prestam serviços de boa qualidade. A satisfação do cidadão está ligada diretamente a sua ação como eleitor. Portanto, quando estão satisfeitos optam pela continuidade (reeleição ou sucessão) e quando estão insatisfeitos votam na oposição. (MEDEIROS, 2007, p. 8)

Embora a relação não seja tão direta, como argumenta Medeiros, pois muitas outras variáveis entram na composição da lógica das escolhas eleitorais, não se pode desprezar o peso da má prestação de serviços públicos na biografia de partidos e políticos. Importa ainda pontuar as inclinações de partidos de esquerda no Brasil por ampliar o

14. Este foi o caso de Rosângela Aparecida da Silva Barros, conhecida como Rosângela Curado (PDT), suplente de deputada federal que foi Subsecretária de Saúde do Estado, entre janeiro e setembro de 2015, e ainda o médico Mariano de Castro Silva, Assessor da SES, apontado como um dos chefes da organização criminosa.

tamanho da máquina pública em clara oposição a perspectivas mais liberais que vão no sentido oposto. O caso particular, aqui analisado, revela que, por meio da EM-SERH, há uma tentativa de conciliar a ampliação das ações do Estado com a priorização no atendimento de qualidade ao usuário e, ainda, aprimoramento da gestão dos gastos. A análise da documentação que rege a empresa, dos processos constantes de avaliação que ela faz de seus funcionários, das cobranças imprimidas sobre estes, as constantes demissões, e os discursos do Secretário de Estado da Saúde e/ou do Gestor da EM-SERH são fortes indícios de que o usuário ganhou relevância estruturante dentro da organização.

Não é possível afirmar se as populações que utilizam os serviços de saúde pública das unidades administradas pela EM-SERH estão satisfeitas, por mais que as pesquisas realizadas pela SES informem que sim. Importante aqui diferenciar qualidade no atendimento e satisfação do usuário. Pesquisas têm revelado dificuldades dos usuários em avaliar os serviços públicos prestados, por se tratar de serviço gratuito em uma sociedade onde a saúde é uma mercadoria muito cara, o que pode gerar sentimentos de gratidão e dificuldades de se criticar o atendimento ofertado (MOIMAZ et al., 2010; BERNHART et al., 1999; FAKHOURY et al. 1996; KLOETZEL et al., 1998). Independentemente de constatarmos se os maranhenses estão ou não satisfeitos com o serviço prestado pela EM-SERH, importa salientar o esforço empreendido por ela em priorizar o usuário – fenômeno não percebido com tanta nitidez na administração direta, e apenas tardiamente importante em algumas organizações do terceiro setor que administravam as unidades de saúde do Maranhão, no governo anterior.

4. A EM-SERH no contexto do capitalismo contemporâneo

Não podemos encerrar essa reflexão sem debater os efeitos não previstos e outros elementos contidos no bojo da implementação da EM-SERH, como parceira privilegiada na gestão da saúde maranhense. Com sua estratégia de racionalização dos gastos, seus princípios de governança pautados na eficiência, eficácia e efetividade e sua priorização no usuário, a EM-SERH, insere-se dentro de um processo mais amplo, que nas últimas décadas fragilizou e redimensionou o jogo de forças entre os agentes empregadores e as classes trabalhadoras do setor da saúde. O que há de novo no caso aqui analisado é a participação do Estado nesse processo. O resultado imediato de tal política é a inserção de uma imensa massa de profissionais em situação de vulnerabilidade e à mercê da fria relação econômica, balizada pela lei entre oferta e procura de mão de obra ou pela busca da saúde financeira do Estado.

A EM-SERH não é uma alternativa ao modelo de gestão neoliberal, caracterizado pela forte presença do terceiro setor que dominou a gestão da saúde nas últimas décadas, mas uma outra forma do mesmo. Ela pode ser compreendida e apreendida teoricamente dentro do que Polanyi (2004) categorizou de **Grande Transformação**. Na dinâmica do capitalismo, existe uma pluralidade de formas de valorizar as coisas, transformando-as em mercadorias, obedecendo à lógica da acumulação ilimitada do capital e, para isso, este se desloca em diferentes campos em busca da lucratividade. Essa forma de deslocamento tem, por efeito, ampliar e harmonizar o universo da mercadoria.

O problema central que se coloca é relativo à renda do trabalho e às formas de distribuição da riqueza. Segundo o autor, teori-

camente as categorias profissionais ajustam-se às transformações históricas do processo de produção econômica, e a estrutura econômica determina o espaço que cada categoria deve ocupar na estrutura da sociedade. Pesquisas mais recentes, sobre as transformações, indicam que existe uma tendência de aumento das desigualdades sociais e um retorno a condições salariais semelhantes às encontradas no século XIX (PIKETTY, 2014; DUBET, 2015). Importa destacar que essas transformações atingem também categorias profissionais como as da saúde, incluindo os médicos que, ao longo de praticamente todo o século XX, estiveram fora dessa pressão do capital, especialmente no Brasil.

Essa característica da assistência à saúde, sobretudo a partir dos anos 1980, começa a se transformar com o processo de produção capitalista, no qual a saúde passa a ser considerada como uma mercadoria fictícia no sentido de Karl Polanyi. A valorização social e monetária dessa mercadoria, também pelo Estado, reifica progressivamente o trabalhador dessa área, o que de fato vemos ocorrer no caso da estatal maranhense, administrativamente gerenciada sobre o tripé da racionalidade, eficiência e foco no usuário. De modo geral, os profissionais que nela trabalham foram submetidos às regras de produtividade impostas às demais categorias profissionais de qualquer empresa capitalista privada, tais como: a instabilidade no emprego, ritmo intenso de trabalho, precarização das condições de trabalho, insalubridade, futuro incerto, e preocupação com a satisfação da clientela.

A preocupação do governo e, por conseguinte, da EMSERH, com a satisfação do usuário, é simbólica desse processo e indicativo forte de que os princípios que regem o capital transbordaram para outros setores, instituições e organizações, como o Esta-

do que, no passado, era regido segundo suas próprias ideologias e sistema de valores, mas que agora é governado segundo o regime geral do capital. Nestes termos, as exigências de se efetivar uma administração racional e focada na satisfação do usuário orientam as ações dessa instituição estatal, segundo os mesmos padrões de condução de qualquer empresa atuante no mercado. A ampliação do número de profissionais no mercado dispostos a se submeter a esse sistema produtivista, instável, de intensificação da exploração, facilita a atuação da EMSERH com seu sistema de governança. Esta, juntamente com os planos de saúde e os grandes hospitais, dominam mais de 90% do mercado da saúde no Maranhão, constringendo os trabalhadores a se submeterem à sua lógica e pressionando os salários para baixo.

O caso particular aqui analisado permite ver não somente o deslocamento do capitalismo em direção às novas áreas que ficaram à margem, enquanto a produção em massa era considerada como espaço privilegiado de lucro, mas também como suas ideologias e valores plasam e passam a governar outras instituições, alcançando aqueles que não estavam ao seu alcance (LEBARON, 2010). Os funcionários do Estado brasileiro, por um bom tempo, passaram ao largo desse processo, e a Constituição de 1988 foi responsável por garantir uma série de direitos que não cobriam os demais trabalhadores da iniciativa privada. O que vemos agora, com a atuação da EMSERH é a entrada em definitivo da lógica geral do capitalismo no modo de governar e explorar os trabalhadores estatais, nos mesmos moldes deste.

Há uma homologia entre a produção capitalista de massa e o desenvolvimento considerável da sociedade salarial (BOL-

TANSKI; ESQUERRE, 2017). É nesse contexto que se desenvolve a política pública de substituição das organizações do terceiro setor pela EMSERH, esta pautada em um tipo de trabalho em grande escala, cuja organização disciplinada pela lógica da produtividade assume um papel central nos novos modos de dominação no campo da saúde pública (BOURDIEU, 1989). A EMSERH e seu modelo de gestão estrutura-se em torno dos baixos salários, com objetivo de reduzir seus custos na produção da mercadoria (saúde), mantendo a própria saúde financeira e, conseqüentemente, a do estado do Maranhão. Nessa nova fase do capitalismo, o financiamento estatal passa pela exploração das categorias liberais, como médicos e demais profissionais da saúde, através do processo de controle da profissão com constante avaliação de desempenho, baseado na produtividade, no achatamento dos salários das categorias e do monopólio do mercado de assistência à saúde pública.

A EMSERH marca uma nova fase de desenvolvimento da gestão da coisa pública no Maranhão, definida pela produção e pelo consumo de massa da mercadoria “saúde pública” e uma nova arte de governar e gerenciar os trabalhadores (POLANYI, 2004). Essas transformações, que até bem pouco tempo marcavam apenas a iniciativa privada, tornaram-se a marca das políticas públicas de saúde desde 2016 em um dos estados mais pobres do país.

A priorização na clientela/usuário, como foco da política pública, não pode ser compreendida simplesmente como um avanço dos direitos do cidadão ou resultado de um processo “evolutivo” do Estado, rumo ao cumprimento das suas obrigações. Essas transformações são o resultado de um processo maior, e suas origens estão dentro do próprio capitalismo e irradiam-se para as

demais organizações da sociedade como valor absoluto.

Considerações finais

Não restam dúvidas de que a EMSERH é regida por uma lógica diferente da forma como ocorre a administração direta. Em muitos aspectos, sua gestão da coisa pública diferencia-se também da administração empreendida pelo terceiro setor que marcou os governos anteriores ao do PCdoB no Estado. Dependendo do ângulo que se analisa a empresa, poderemos ver diferentes questões. Três perspectivas se mostraram relevantes para análise, antes que encerremos esta reflexão, a saber: a perspectiva do Estado, a do funcionário e a do usuário.

Da perspectiva do estado do Maranhão, a EMSERH tem sido uma importante estratégia gerencial e política: suas políticas de governança, muito mais transparentes do que as organizações do terceiro setor, parecem funcionar como freios ante as investidas e tentativas de roubo e desvio dos poucos recursos da saúde por uma miríade de agentes públicos e instituições. Contudo, ela ainda não resolveu o problema da eficiência dos gastos, uma vez que, ano após ano, a empresa fecha no vermelho. Pode-se justificar os balanços negativos como resultado da tentativa da empresa em colaborar com o Estado no cumprimento de suas obrigações, na prestação de serviços de saúde de qualidade à população. Neste caso, o desempenho da empresa não pode ser medido exclusivamente pelo *superavit* ao final de cada ano fiscal, mas pelo conjunto de ações desempenhadas por ela e a relevância dessas ações na ampliação e consolidação dos direitos fundamentais do cidadão, como a universalização dos serviços de saúde. O atendimento aos usuários, sem

sombra de dúvida, foi ampliado em todo o Estado e, graças a isso, a gestão dos novos hospitais – macrorregionais de média e alta complexidade, em grandes e médias cidades maranhenses, bem como da abertura de novas UPAs –, vem democratizando o acesso à saúde para milhões de maranhenses. Nestes termos, os prejuízos anuais da EMSERH são justificados pelo alcance dos objetivos preconizados pela política pública empreendida pelo governo de ampliação do acesso à saúde. Politicamente a empresa tem servido para ampliar o controle do Executivo sobre as finanças de sua responsabilidade, ao mesmo tempo que enfraquece os grupos políticos opositores. Isso facilitou tanto a reeleição do governador em 2018, como renovou significativamente os representantes do Legislativo nas diversas esferas (municipal, estadual e federal) elegendo candidatos pró-governo.

Do ponto de vista do funcionário, a EMSERH encarrega-se de realizar o trabalho mais desgastante em um governo de esquerda. Constatou-se, por meio dela, a piora nas condições de trabalho em que se destacam: a perda de direitos trabalhistas de alguns segmentos, ao mesmo tempo que aproveitou a grande oferta de mão de obra no mercado e promoveu diminuição de salários em todos os níveis, intensificação da exploração dos trabalhadores e o aumento dos processos de fiscalização da qualidade dos serviços prestados, sobretudo entre os segmentos que ocupam as funções com menores salários. Nesse quesito, a empresa funciona como qualquer empresa capitalista, aumentando a pressão por melhoria dos resultados, aumentando a carga de trabalho e mantendo os salários baixos com vistas a manter o equilíbrio de suas contas. Ela pode fazer isso porque os formatos de contratação e remuneração dos seus quadros não

estão sujeitos à mesma legislação da administração direta. Agindo assim, ela se torna mais ágil na atualização dos quadros de empregados, flexíveis nos sistemas de contratação, podendo facilmente contratar ou demitir aqueles que não observam a cultura organizacional empreendida por ela em busca de mais eficiência e melhor qualidade no atendimento ao usuário.

Do ponto de vista do usuário, embora pesquisas complementares realizadas por nós tenham revelado setores que praticamente não sofreram significativas alterações em termos de melhorias na qualidade dos serviços prestados – perpetuação de filas, falta de médicos diante da demanda de algumas especialidades, condições insalubres de algumas unidades –, em muitas outras unidades houve avanços importantes. A título de exemplo, destacamos os hospitais macrorregionais como referência de gestão racional e qualidade no atendimento. A EMSERH parece colocar o atendimento ao usuário no centro da vida organizacional.

A EMSERH constituiu uma alternativa gerencial entre o terceiro setor, marcado nos últimos 20 anos por escândalos de corrupção, desvios e gestão insatisfatória, e por uma administração direta, historicamente estigmatizada e acusada de ser ineficiente na prestação de serviços de qualidade, cara ao Estado, e que não privilegia o usuário. Ela constituiu uma tentativa estatal de introdução de métodos administrativos mais eficientes, eficazes e efetivos como o estabelecimento de metas, política de desempenho, gestão racional dos recursos públicos, etc. Ao mesmo tempo, mantém a saúde pública sob o controle do Executivo, apostando na maior transparência e menores índices de corrupção.

A escolha por esse caminho busca solucionar os supostos problemas da adminis-

tração direta como os mencionados acima, ao mesmo tempo que incorpora parte da reforma implementada pelo neoliberalismo nas economias periféricas de manter o Estado economicamente saudável. Não foi possível, entretanto, encontrar uma saída que não fosse a do corte dos direitos dos trabalhadores, o achatamento dos salários e a intensificação da exploração da mão de obra. A análise dos dados revelou um “cobertor curto” (recursos da saúde), insuficiente para atender a todas as demandas, sendo necessário fazer uma escolha. O governo Flavio Dino escolheu satisfazer o usuário e manter a EMSERH administrativamente eficiente e financeiramente equilibrada em detrimento dos funcionários. A EMSERH é uma jabuticaba maranhense que tem sido doce para o Estado e, talvez, para muitos usuários, mas os funcionários estão sendo obrigados a degustar um fruto muito amargo e travoso.

Referências

- ALVES, T. Panorama da contratação temporária e terceirização nos municípios: estudo técnico. Confederação Nacional dos Municípios (CNM), 2019. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/3698>. Acesso em: 20 set. 2020.
- ANDRÉ, A.M.; CIAMPONE, M.H.T.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 158-163, 2013.
- ANDREAZZI, M. F. S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): inconsistências à luz da reforma do Estado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 275-84, 2013.
- ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, dez. 2014.
- ALTOUNIAN, C. S.; SOUZA, D. L.; LAPA, L. R. G. *Gestão e governança pública para resultados: uma visão prática*. Belo Horizonte: Fórum, 2017.
- BARBOSA, A. P.; MALIK, A. M. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. *Rev Adm Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, p. 1143-1165, 2015.
- BARBOSA, A. P.; ELIAS, M. E. P. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc. Saúde coletiva*, v. 15, n. 5, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nXBYZJ6sTYTjgGrx6gYGF4j/abstract/?lang=pt>. Acesso em:
- BERNHART *et al.* Patient satisfaction in developing countries. *Social Science and Medicine*, v. 48, p. 989-996, 1999.
- BOLTANSKI, L.; ESQUERRE, A. Enrichment, profit, critique. *New Left Review*, London, v. 106, 2017.
- BOURDIEU, P. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. *In: Bourdieu, P. O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989, p. 59-73.
- BRASIL. Controladoria Geral da União. Dados abertos – Operações Especiais. Brasília: CGU, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/arquivos/operacoes-especiais>. Acesso em: 22 set. 2020.
- BRASIL. Lei nº. 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993.
- 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. Brasília, DF: Presidência da República, 1998.
- BRASIL. Lei nº. 9.790. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil

de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1999.

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. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 31 dez. 2004.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Editora 34, 1998.

CABRAL, S *et al.* Os papéis dos *stakeholders* na implementação das parcerias público-privadas no estado da Bahia. *Cadernos EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 325-339, 2016.

DI PIETRO, M. S. Z. *Parcerias na administração pública*. São Paulo: Atlas, 2015.

DUBET, F. Qual democratização do ensino superior? *Cad. CRH*, Salvador, v. 28, n. 74, p. 255-266, ago. 2015.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trab. educ. saúde* [online]. v. 14, p. 15-43, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309656740_A_TERCEIRIZACAO_NA_SAUDE_PUBLICA_FORMAS_DIVERSAS_DE_PRECARIZACAO_DO_TRABALHO. Acesso em:

EMSERH. *Relatório financeiro 2018*. São Luís: EMERH, 2019. Disponível em: <http://www.emserh.ma.gov.br/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

EMSERH. *Atendimento nas UPAs é aprovado por 83% dos pacientes*. Disponível em: <http://www.emserh.ma.gov.br/atendimento-nas-upas-e-aprovado-por-83-dos-pacientes/>. Acesso em: 22 fev. 2020.

EMSERH. *Regulamento de Pessoal*. São Luís: EMERH, 2018 Disponível em: <http://www.emserh.ma.gov.br/>. Acesso em: 10 maio 2020.

EMSERH. *EMSERH completa 5 anos com a gestão estratégica de equipamentos hospitalares no Estado*. EMSERH, 17 abr. 2020. Disponível em: <http://www.emserh.ma.gov.br/emserh-completa-5-anos-com-a-gestao-estrategica-de-equipamentos-hospitalares-no-estado%EF%BB%BF/>. Acesso em: 20 set. 2020.

FAKHOURY *et al.* Determinants of informal caregivers' satisfaction with services for dying cancer patients. *Social Science and Medicine*, v. 41, p. 721-731, 1996.

FONTES FILHO, J. R. A governança corporativa em empresas estatais brasileiras frente a lei de responsabilidade das estatais (Lei nº. 13.303/2016). *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 69, p. 209-238, 2018.

IBGE. *Perfil dos Estados e dos Municípios Brasileiros, 2014*. Pesquisa de Informações Básicas Estaduais e Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic). Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

IBAÑEZ N., VECINA NETO G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1831-1840, 2007.

JUSTEN FILHO, M.; SCHWIND, R. W. (Orgs.). *Parcerias Público-Privadas, reflexões sobre os 10 anos da Lei nº 11.079 /2004*. *Revista dos Tribunais LTDA*, São Paulo, 2015.

KLOETZEL, K. *et al.* Controle de qualidade em atenção primária a saúde. A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 263-268, 1998.

LEBARON, F. *La crise de la croyance économique*. Paris: Croquant, 2010.

LIMA, L. C. *et al.* Práticas de governança corporativa adotadas e divulgadas pelos fundos de pensão brasileiros. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, Florianópolis, v. 12, n. 27, p. 3-26, 2015.

LUPION, R. Estatuto jurídico das estatais: governança além da forma. *Revista de Estudos e Pesquisas Avançadas do Terceiro Setor*, Brasília, v. 5, n. 1, p. 125-165, 2018.

- MACROPLAN. *Desafios da Gestão Estadual 2016*. Rio de Janeiro: MACROPLAN, 2016. Disponível em: <http://macroplanconsultoria.com.br/Documentos/EstudoMacroplan20173314727.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.
- MACROPLAN. *Desafios da Gestão Estadual 2018*. Rio de Janeiro: MACROPLAN, 2018. Disponível em: <https://www.desafiosdosestados.com/downloads>. Acesso em:
- MARANHÃO. Lei Estadual nº. 9.732 de 19 de dezembro de 2012. Disponível em: http://stc.ma.gov.br/legisla_documento/?id=3446#:~:text=LEI%20ESTADUAL%20N%C2%BA%209.732%2C%20DE,Maranhense%20de%20Servi%C3%A7os%20Hospitalares%20%2D%20EMSERH. Acesso em: 18 ago. 2020.
- MARANHÃO. Decreto n. 34.993 de 10 de Julho de 2019 que cria o Estatuto Social da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares. Disponível em: <http://www.emserh.ma.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/Novo-Estatuto-Social.-Decreto-34992-de-09.07.19.pdf>. Acesso em: 17 out. 2020.
- MARANHÃO. Maranhão tem aumento de 88,1% no número de leitos de UTI. *Agência de notícias*, São Luís, 25 maio 2019. Disponível em: <https://www.ma.gov.br/agenciadenoticias/?p=249076>. Acesso em: 12 ago. 2020.
- MATIAS-PEREIRA, J. *Governança no setor público*. São Paulo: Atlas, 2010.
- MEDEIROS, J. E. *Qualidade e satisfação no serviço público: pesquisa de satisfação de usuário*. 2007. Monografia (Especialização em Pesquisa de Mercado em Comunicação) - Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, dez. 2010.
- MORAIS, H. M. M. *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], Rio de Janeiro, v. 34, n.1, 2018.
- NARDES, A. *Da governança à esperança*. Belo Horizonte: Fórum, 2018.
- NUNES, P. R. C. *Práticas de governança, fatores institucionais e empresariais e o desempenho na prestação de serviços públicos no setor de saneamento básico*. 2016. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2016.
- OLIVEIRA, G.; OLIVEIRA FILHO, L. C. (Orgs.). *Parcerias público-privadas: experiências, desafios e propostas*. São Paulo: LTC, 2013, p. 159-180.
- PACHECO, H. F. *et al.* Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. *Interface* [online], Botucatu, v. 20, p. 585-595, 2016.
- PIKETTY, T. *O capital no século XXI*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.
- POLANYI, K. *La gran transformación: los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo*. México, D.F: Fondo de Cultura Económica, 2004.
- PUCCINI, P.T. *As Organizações Sociais e o direito à saúde*. Campinas: IDISA, 2011. Disponível em: http://idisa.org.br/img/File/SUS%20OS%20Paulo%20Puccini%20Fim%206_4_2011.pdf. Acesso em: mar. 2019.
- RAVIOLI, A. F.; SOÁREZ, P. C.; SCHEFFER, M. C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, jul. 2017. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/414/modalidades-de-gestao-de-servicos-no-sistema-unico-de-saude-revisao-narrativa-da-producao-cientifica-da-saude-coletiva-no-brasil-2005-2016>. Acesso em: 17 ago. 2020.
- REHEM, R. *Administração nos hospitais públicos*. *GVexecutivo*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 25-27, jul/ago, 2017.
- REZENDE, W. As novas formas de organização da saúde são a solução? *Debates GVSaúde*, São Paulo, n. 7, p. 4, 1º. sem., 2009.

RODE, H. Política e Saúde. *Alta Complexidade*, Brasília, ano 3, n. 6, 2017.

SANO, H; ABRUCIO, F.L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 48, p. 64-80, 2008.

SCOTT, W. R. Approaching adulthood: the maturing of institutional theory. *Theory and Society*, Stanford, CA, v. 37, n. 5, p. 427-442, 2008.

SHIER A. C. R. *A participação popular na administração pública: o direito de reclamação*. Rio de Janeiro: Editora Renovar, 2002.

SODRÉ, F *et al.* Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, v. 114, p. 365-380, 2013.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Relatório de Auditoria Operacional*, TC 018. 739/2012-1. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.tcu.gov.br/consultas/juris/doc_s/judoc/acord/20131129/ac_3239_47_13_p.doc. Acesso em: 10 jun. 2019.

VIEIRA, K. R. Uma revisão bibliográfica acerca da gestão de hospitais universitários federais após o advento da EBSEH. *Revista Brasileira de Administração Política*, Brasília, v. 9, n. 1, 2016.

RESUMO

O artigo analisa a Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH), uma empresa de propriedade do Estado responsável pela gestão da saúde pública que ganhou importância durante o Governo Flávio Dino (2015-2022). Metodologicamente, o artigo baseia-se na coleta de dados em diferentes órgãos estaduais e federais, como TCU, MPU, PF e Secretaria Estadual de Saúde; também foi realizado trabalho de campo, entrevistas a funcionários da empresa e ainda análise dos pronunciamentos oficiais do governo e da instituição emitidas em agências de notícias. Propomos analisar a EMSERH como estratégia política de enfraquecimento de grupos opositores, estratégia de substituição do terceiro setor na gestão da saúde, e como racionalização dos recursos destinados à saúde. Aprofunda-se a reflexão discutindo o sistema de contratação da EMSERH, sua governança e o foco no atendimento ao usuário. Conclui-se o texto fazendo um balanço de possíveis perdedores e ganhadores com a ascensão dessa organização na gestão da saúde pública maranhense.

PALAVRAS-CHAVE

Empresa pública. Saúde. Gestão

ABSTRACT

The article analyzes the Hospital Services Company from the state of Maranhão (EMSERH), a company owned by the State and responsible for public health management which became more important during the Flávio Dino Government (2015-2022). Methodologically, the article is based on data collection in different agencies, both state and federal. Agencies such as TCU (Federal General Accounting Office), MPU (District Attorney), PF (Federal Police) and the State Health Department; the fieldwork was conducted by interviews with company employees and also by analyzing official pronouncements from the government and institutions issued by news agencies. We propose to analyze it as a political strategy to weaken opposing groups, a strategy to replace the third sector in health management and as a rationalization of the few resources destined to health. It is discussed the EMSERH's contraction system, its governance and the focus on customer service. The text is concluded by analysing possible losers and winners with the rise of this organization in the management of public health in the state of Maranhão.

KEYWORDS

Public company. Health. Management.

Recebido em: 17/02/2021

Aprovado: 12/07/2021

