

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

SAMUEL RAMOS GOMES

**AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E PROCESSOS DAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS
EM HOSPITAIS: ESTUDO DE UM CASO EM ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**

SÃO PAULO

2022

SAMUEL RAMOS GOMES

**AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E PROCESSOS DAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS
EM HOSPITAIS: ESTUDO DE UM CASO EM ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de pesquisa: Gestão em saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2022

Gomes, Samuel Ramos.

Avaliação de estrutura e processos das áreas administrativas em hospitais: estudo de um caso em organização social de saúde / Samuel Ramos Gomes. - 2022.

59 f.

Orientador: Ana Maria Malik.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Saúde pública - Administração. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Hospitais - Administração. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getúlio Vargas. IV. Título.

CDU 614.21

Ficha Catalográfica elaborada por: Isabele Oliveira dos Santos Garcia CRB SP-010191/O

Biblioteca Karl A. Boedecker da Fundação Getulio Vargas - SP

SAMUEL RAMOS GOMES

**AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E PROCESSOS DAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS
EM HOSPITAIS: ESTUDO DE UM CASO EM ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**

Trabalho Aplicado apresentado a Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade

Linha de pesquisa: Mestrado Profissional em Gestão para Competitividade - Gestão da Saúde

Data da Aprovação ____/____/____

Banca examinadora:

Profa. Dra. Ana Maria Malik

Prof. Dr. Mariana Carrera

Prof. Dr. Alberto José Niituma Ogata

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a minha família, em especial minha mãe e minhas filhas, que sempre estiveram e sempre estarão ao meu lado nos momentos mais difíceis, pelo apoio e compreensão a minha ausência enquanto me dedicava para a produção deste trabalho.

Os professores que me ajudaram a elevar meu conhecimento e a professora Ana Maria Malik, por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal papel com dedicação e insistência, sem ela esse trabalho não sairia.

A todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho, principalmente a Ângela Lessa de Andrade e Arthur Pereira Martins de Lima que me ajudaram a tirar a ideia do papel e iniciar um processo de mudanças, onde já conseguimos ver os resultados iniciais.

Aos meus colegas, que ajudaram a enfrentar um período de pandemia e todas as dúvidas e mudanças ocorridas durante o período de nosso mestrado, com certeza eles ajudaram a suavizar este processo.

A FGV que foi essencial neste processo de formação profissional, pela adaptação rápida durante este período conturbado se dedicando a melhorar nossa experiência como aluno e por tudo o que aprendi ao longo deste mestrado.

RESUMO

Objetivou-se identificar as condições de infraestrutura e fluxos de funcionamento dos serviços administrativos e caracterizar os serviços administrativos quanto a equipe, atividades realizadas e processos descritos. Estudo qualitativo e descritivo onde se propõe a entender um fenômeno, descrevendo as variáveis que o compõem e interfaces que o caracterizam e o particularizam. Quando avaliamos em termos percentuais, apresentaram avaliação positiva menor ou igual à 50% por critério: Infraestrutura (78%), Gestão (60%), técnico operacional (77%) e Segurança e Risco (62%). E quando maior de 50%, com avaliação negativa, temos a avaliação por critério: Infraestrutura (22%), Gestão (40%), técnico operacional (23%) e Segurança e Risco (38%). O estudo sugere que este monitoramento exposto apresenta-se como uma ferramenta exitosa para avaliação de estrutura e processos das áreas administrativas em hospitais, capaz de identificar as condições de infraestrutura e fluxos de funcionamento dos serviços administrativo, de caracterizar os serviços administrativos quanto a equipe, atividades realizadas e processos descritos e propor indicadores de processo e respectiva análise crítica a partir das causas identificadas, contribuindo com o planejamento e a preparação para a ação, sugerindo ser recomendável a replicação do estudo em outras unidades hospitalares como ferramenta que potencializa a gestão.

Palavras-chave: Administração em Saúde Pública; Sistema Único de Saúde; Gestão Hospitalar

ABSTRACT

The objective was to identify the infrastructure conditions and operational flows of the administrative services and to characterize the administrative services in terms of staff, activities carried out and processes described. Qualitative and descriptive study which proposes to understand a phenomenon, describing the variables that compose it and interfaces that characterize and particularize it. When evaluated in percentage terms, they presented a positive evaluation of less than or equal to 50% by criteria: Infrastructure (78%), Management (60%), operational technician (77%) and Safety and Risk (62%). And when greater than 50%, with a negative evaluation, we have the evaluation by criteria: Infrastructure (22%), Management (40%), operational technician (23%) and Security and Risk (38%). The study suggests that this exposed monitoring presents itself as a successful tool for evaluating the structure and processes of the administrative areas in hospitals, capable of identifying the infrastructure conditions and operational flows of the administrative services, of characterizing the administrative services in terms of the team, activities carried out and processes described and propose process indicators and respective critical analysis based on the identified causes, contributing to the planning and preparation for action, suggesting that it is advisable to replicate the study in other hospital units as a tool that enhances management.

Keywords: Administration in Public Health; Health Unic System; Hospital management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Consolidados do resultado das ferramentas de gestão. Recife 2022.....	42
---	----

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

CNS Conselho Nacional de Saúde

ESF Estratégia Saúde da Família

CONASS Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

OS Organização Social

OSS Organização Social de Saúde

PDRAE Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PSF Programa de Saúde da Família

SES Secretaria Estadual de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICATIVA.....	13
2. OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3. REVISÃO DE LITERATURA/ REFERENCIAL TEÓRICO	15
4. METODOLOGIA	38
4.2 FONTES DE DADOS	39
4.3 CAMPO E O CENÁRIO DO TA	39
4.4 COLETA DE DADOS	41
4.5 UNIDADE DE ANÁLISE.....	41
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	41
4.7 ANÁLISE DE DADOS	42
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	42
5. RESULTADOS	43
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	45
6 CONCLUSÃO	48
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS	51
9 REFERÊNCIAS	52
APENDICE	57

1. INTRODUÇÃO

O atual sistema de saúde no Brasil – o SUS – surge e ganha força a partir dos movimentos sanitários, culminando na 8ª conferência Nacional de Saúde, esta conferência foi marcada pela participação social, cujo relatório final serve de base à Constituição Federal de 1988. Esta passou a assegurar a saúde como dever do Estado, e como direito de todo cidadão, com acesso e qualidade, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), sob os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Para garantir este direito, com acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, executados por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado, foi sancionada em 19 de setembro de 1990 a Lei nº 8.080. Esta define a organização, a gestão, os objetivos e as atribuições do SUS; os princípios e diretrizes que norteariam as ações e serviços de saúde; as atribuições da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios dentro do SUS; e o caráter complementar dos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada (CNS, 2018).

A gestão do SUS prevê o envolvimento de atores e contextos locais diversificados, além da redefinição de papéis, responsabilidades e de necessidades de investimentos. As parcerias com organismos privados mediante a pactuação de objetivos de atuação e metas de desempenho, se tornaram uma alternativa para assegurar a provisão da atenção à saúde no âmbito do SUS. Conforme a Constituição Federal /88 (CF/88) a participação privada na provisão de serviços de saúde, de forma complementar, é justificada, dentre outros fatores, porque a saúde representa um âmbito de atuação complexo, em que os custos, a despeito das inovações tecnológicas, são sempre ascendentes, e a demanda por agilidade na operação dos serviços de assistência é muito expressiva, especialmente em face do arcabouço normativo da administração estatal (CONASS, 2017).

Por meio da Lei 8080/90 fica estabelecida uma hierarquia organizada por graus de complexidade: sob responsabilidade da União para padronização dos instrumentos do sistema de saúde, além do financiamento e da indução de políticas; caberia aos estados a assistência de nível terciário e parte do secundário (atendimento de alta complexidade, como urgências e emergências, cirurgias e atendimento de especialidades e exames clínicos), além da complementaridade à ação dos municípios. A estes, caberia a atenção primária à saúde e parte da secundária (majoritariamente, atenção básica: unidades básicas de saúde e pronto-atendimentos). Neste cenário foi ainda instituída a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que definiu as premissas para alocação de recursos intergovernamentais para o financiamento

das ações/serviços de saúde do SUS, por meio dos Fundos de Saúde Nacional, estaduais e Municipais, bem como a participação da comunidade na gestão do SUS, mediante a instituição da Conferência de Saúde e dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 1990b).

Com o desenho da estrutura do SUS, os seus gestores são os representantes de cada esfera de governo, designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde: no âmbito nacional, o Ministro de Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado de Saúde; e, no municipal, o Secretário Municipal de Saúde. Característica do SUS é descentralização com comando único em cada esfera de governo. Esses gestores devem atuar em duas vertentes interligadas: a política e a técnica. No campo político, o principal compromisso do gestor é com a população, buscado concretizar a saúde como direito de cidadania seguindo os princípios do SUS e da gestão pública, ou seja, o exercício da gestão da saúde voltada para o interesse público e não para interesses particularistas ou privados (BRASIL, 2002).

A atuação técnica do gestor do SUS se consubstancia em um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública. Pode-se identificar quatro grandes grupos de funções dos gestores: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ rede e dos prestadores, públicos ou privados; e prestação direta de serviços de saúde. Neste cenário, a efetividade das decisões e ações gerenciais requer o uso adequado de instrumentos de gestão e sistemas de informação, inclusive para a melhora da qualidade dos diagnósticos médicos e, conseqüentemente, para a competitividade entre as organizações de saúde (PEREIRA, et al, 2012).

As Organizações Sociais (OS) foram idealizadas pelo Governo Federal, por meio do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), como uma nova figura jurídica capaz de suprir as lacunas detectadas nos moldes tradicionais de parceria entre Estado e sociedade na prestação de serviços públicos. Os marcos do reordenamento das funções do Estado com vistas a aumentar sua eficiência, incluindo na área da saúde, foram as Leis nº 9.637 e nº 9.790, publicadas, respectivamente, em 15 de maio de 1998 e 23 de março de 1999, que regulamentam até hoje a qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos como Organizações Sociais (OS) e de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (IPEA,2019). No âmbito da dimensão gerencial, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) trouxe as Organizações Sociais com a proposta de produção sem finalidade lucrativa de bens ou serviços públicos considerados não exclusivos e de caráter competitivo,

como saúde, educação, cultura e pesquisa científica. Também buscava assegurar o caráter público, mas de direito privado, da nova entidade. Em decorrência da autonomia administrativa e financeira inerente a esse regime jurídico esperava-se o aumento da eficiência, qualidade e custos reduzidos, sendo a população beneficiária desta melhoria (SANTANA, 2015). Além disso, a Reforma da Administração Pública advinda do PDRAE, o modelo gerencial se diferencia no objetivo e na forma de controle, se voltando para os resultados, superando a administração burocrática que se concentra no processo, sendo o instrumento contratual o principal fator de controle (BRESSER-PEREIRA, 2000).

Em um contexto de instabilidades e de necessidade de reformas, o Poder Público sancionou a Lei Complementar nº 101 de 4 de maio de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Esta Lei, situando-se na coordenação das finanças públicas e nas relações econômicas, das quais o Poder Público participa, direta ou indiretamente. A Lei de Responsabilidade Fiscal aplica-se a todos os entes federados, sujeitando-os ao enquadramento, para que, simultaneamente, estabilizem as finanças públicas. A LRF determina, ainda, que o percentual do gasto público com pessoal, ou seja, trabalhadores de vínculo direto com a administração pública (servidores), foi restringido a 54% de todo o orçamento municipal, por exemplo. Considera-se que este fato também justificou a adoção do modelo gerencial por Organizações Sociais de Saúde (OSS) (COELHO e GREVE, 2016).

O modelo das Organizações Sociais de Saúde (OSS) como modelo gerencial é advindo da reforma administrativa do Estado brasileira, do final da década de 1990, com a proposta de flexibilização do modelo burocrático. Esta foi instaurada a fim de tornar a administração pública mais eficiente. Neste modelo por OSS é viabilizada a contratualização de instituições privadas sem fins lucrativos para realizar a gestão e a atenção em saúde, por meio de Contratos de Gestão que, segundo a literatura, têm compreendido a gestão de serviços de saúde, a intermediação de contratação de trabalhadores e de outros serviços (VINHA, 2020).

O Contrato de Gestão é um instrumento que deveria ser elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, estipulando metas com indicadores precisos a serem atingidos. A geração do Contrato de Gestão viabilizou a delegação de atividades-fim às OSSs, sem que o Estado fosse eximido de suas responsabilidades relativas à fiscalização, controle e resultados obtidos em ações executadas por terceiros (BRESSER PEREIRA; SPINK, 1998).

Os contratos de gestão vêm sendo o instrumento mais comum para legalizar a interação público privada. Eles especificam metas (e respectivos indicadores), obrigações, responsabilidades, recursos, condicionantes, mecanismos de avaliação e penalidades. As

entidades qualificadas como Organizações Sociais, e credenciadas a estabelecer contratos de gestão com a Administração Pública, buscam eficiência gerencial na prestação dos serviços públicos, uma vez que sua relação com o Estado é determinada pela pactuação de metas, que incluem a prestação de determinados serviços e a execução do orçamento no tempo contratado (PASQUARELI, 2008).

As experiências, consideradas positivas por alguns autores, de contratualização de hospitais com OSS, permitiram avançar com um modelo alternativo de gestão hospitalar. As OSSs têm como premissa permitir e incentivar a publicização, isto é, a produção não lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não exclusivos do Estado (BRASIL, 1998), além de proporcionar o aumento da eficiência e da qualidade dos serviços com menor custo possível. O estudo desenvolvido pretende analisar a gestão administrativa de hospitais gerenciados por OSS e responder a seguinte pergunta: Como verificar se as estruturas gerenciais utilizadas em hospitais públicos administrados por OSS estão adequadas?

1.1 Justificativa

Os hospitais, sobretudo os que fazem parte da esfera pública, são organizações que traduzem os arranjos institucionais expressos pelas leis, pelas instituições políticas e as normas para a provisão de bens e serviços públicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). No entanto, os modelos gerenciais desses hospitais são considerados ultrapassados, seus processos decisórios são confusos e burocratizados, as rotinas organizacionais não são padronizadas, há baixo nível de responsabilização e autonomia, as decisões são centralizadas na alta direção e no nível central de governo e há carência dos mais básicos instrumentos de planejamento e controle (QUINHÕES, 2008).

A criação das organizações sociais OSS representou uma reforma no campo da gestão pública, inclusive da saúde, pelo fato de introduzir um modelo alternativo à gestão pública tradicional. Assim, estudos que analisam a gestão de hospitais realizada por OSS, bem como seus processos gerenciais, podem ser úteis para que os gestores públicos de saúde deem mais importância a temas como eficiência, mudança institucional, e percebam que essa agenda pode ser uma estratégia de ampliação do acesso ao SUS e de aumento na oferta de atendimento e de provisão de saúde (BARBOSA, 2010). A gestão por OSS permite maior flexibilidade em comparação ao tradicional, no modelo da administração direta, com a intenção de garantir as condições para alcançarem melhor desempenho (COSTA E MENDES, 2005).

Problemas de qualidade eventualmente encontrados podem ter como consequência custos financeiros e sociais mais altos do que necessário. Estudos internacionais apontam que a prevenção de eventos adversos, por exemplo, resulta em uma razão custo/benefício mais favorável (PRESTES, 2019).

O presente estudo se propôs o seguinte questionamento: As unidades com gerenciamento hospitalar desenvolvidas no âmbito de uma OSS, buscam maior eficiência gerencial na prestação dos serviços nos hospitais públicos?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a estrutura e os processos das áreas administrativas de hospitais administrados por Organização Social de Saúde localizados na região metropolitana da grande Recife.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as condições de infraestrutura e fluxos de funcionamento dos serviços administrativo;
- Caracterizar os serviços administrativos quanto a equipe, atividades realizadas e processos descritos;
- Propor indicadores de processo e respectiva análise crítica a partir das causas identificadas, contribuindo com o planejamento e a preparação para a ação.

3. REVISÃO DE LITERATURA/ REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Reforma do Estado e da Gestão Pública

No Brasil, a primeira tentativa de implantar a nova gestão pública (*new public management*) deu-se no final de 1960, por meio do Decreto-Lei nº 200, de 1967 (OSBORNE; GAEBLER, 1992). O Decreto-Lei nº 200/1967 foi uma forma de tentar superar a inflexibilidade burocrática, transferindo a produção e as atividades às autarquias, fundações, empresas públicas e às sociedades de economia mista (BRESSER, 1996) e é considerado um marco na gestão pública nacional. Uma das causas do insucesso desse Decreto-Lei foi a falta de administradores públicos de carreira formados e/ou contratados no âmbito do Estado por meio de concursos públicos (PEREIRA, 1996). No início dos anos 1980 foram necessárias reformas gerenciais, entre outras causas em razão da grande dívida externa e da inflação alta, tornando necessário reduzir o tamanho da máquina de gestão para tornar a administração mais ágil, flexível, eficiente e eficaz (FLEURY, 2003).

No Brasil, a definição da Nova Gestão Pública (NGP) se deu em 1995, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, a partir do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), comandado pelo então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, seguindo movimento mundial para ajuste fiscal de curto prazo e aumento da eficiência mediante orientação gerencial. O foco era tornar o corpo burocrático mais responsável em relação aos cidadãos e transformar a administração burocrática em gerencial. (BRESSER et al., 2001). Na administração pública gerencial, a estratégia volta-se à definição dos objetivos que o administrador público deverá atingir para garantir a autonomia na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros colocados à sua disposição. A administração pública gerencial enxerga o cidadão como fonte pagadora de impostos, colocando-o como cliente dos serviços do Estado.

O plano proposto pelo ministro Bresser Pereira foi descentralizar, desburocratizar e aumentar a autonomia, por meio de gestão baseada em resultados e em contratualização, com metas de gestão predefinidas e por meio de Organizações Sociais (OSs), criando-se então os serviços não exclusivos do Estado. Pode-se dizer que a reforma de Bresser não teve o impacto desejado devido ao legado do Governo Collor em relação ao funcionalismo público, pela indiferença da equipe central no poder e por conta das resistências da área econômica ao plano diretor. (ABRUCIO, 2007).

O modelo das Organizações Sociais foi criado tendo como base a flexibilização da gestão pública e o aumento da *accountability* governamental. sendo seu objeto a gestão dos

serviços que podem ser financiados ou subsidiados pelo Estado, mas controlados pela sociedade. Assim, ficaria instituído o papel de organizações públicas não estatais, atendendo ao requisito do modelo gerencial (BRESSER,1996) A administração pública se baseia nos princípios da gestão do exército prussiano, implantados no século XX (BRESSER,1996). A partir desses indutores, foram preconizados dois modelos organizacionais: a Administração Pública Gerencial (APG) e o Governo Empreendedor (GE), os quais buscam a efetividade da gestão pública e seu melhor resultado. Também a partir desses modelos se iniciou a Governança Pública (GP), com modelo relacional de forma diferenciada (SECCHI, 2009).

A administração pública pode ser classificada como: (a) patrimonialista, (b) pública burocrática e/ou (c) pública gerencial. A administração patrimonialista se caracteriza por ser realizada pelo Estado, porém não almejar o interesse público, confundindo patrimônio público com privado. No início do século XX comprovou-se que esse modelo estava obsoleto, tornando-se caro, ineficiente e lento, devido ao aumento da quantidade de recursos humanos necessários para atender ao objetivo da satisfação do interesse público, aumentando cada vez mais os gastos públicos e tornando o modelo inviável. Um dos principais críticos ao modelo Burocrático é o sociólogo Robert Merton, que afirmou que essa forma gerencial deixava efeitos negativos nos empregados, como desmotivação e resistência a mudanças, além de praticar o excesso de impessoalidade, o que poderia causar a falta de atenção no indivíduo (SECHI, 2009).

O modelo público burocrático foi idealizado para combater a corrupção, porém o significado de burocracia passou a ser pejorativo, usado como sinônimo de lentidão e caracterizado por procedimentos formais que comprometem as ações administrativas. No entanto, esse modelo foi necessário para distinguir o público do privado de forma clara, fazendo com que os papéis do político e do administrador público ficassem claramente separados. (BRESSER, 1996).

A perspectiva da administração pública gerencial surgiu com força no Reino Unido e nos Estados Unidos da América (EUA) a partir dos anos 1970, depois que governos conservadores assumiram o poder. Na época, o modelo foi visto como conservador. De fato, a reforma foi executada de forma profunda no Reino Unido com a posse, em 1979, de Margareth Thatcher como primeira-ministra. Seu governo tornou o serviço público flexível, descentralizado, eficiente e orientado ao cidadão (BRESSER et al., 2001). A administração pública gerencial constitui um rompimento com a administração pública burocrática, mesmo trazendo da anterior características de admissão mediante critérios de mérito, existência de um sistema estruturado e universal de remuneração, carreiras, avaliação constante de desempenho

e treinamento sistemático. O que diferencia um de outro modelos de gestão pública é a forma de controle: a gerencial se baseia nos resultados; a burocrática, nos processos (BRASIL, 1995).

3.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

Na década de 1980, no Brasil, surgiu a partir dos encontros nacionais de medicina comunitária, surgiu o Movimento de Renovação Médica, esse movimento começou a propagar-se rapidamente, alcançando grupos que lutavam pela renovação das entidades da categoria e passando a ocupar um espaço cada vez maior no cenário sindical e político da sociedade brasileira, mudando seu eixo de atenção das ações comunitárias de base local para a demanda por controle social dos serviços de saúde, melhoria da qualidade da medicina previdenciária e desenvolvimento de ações preventivas, além da melhoria das condições que possibilitassem a conquista da qualidade de vida (SCOREL, 1999).

A partir desse período, com o ingresso de diversas lideranças do movimento sanitário em cargos diretivos do da gestão nacional, Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência e Assistência Social (MPAS), consolidou-se a ideia da necessidade de aproximação coordenada ou fusão de medicina previdenciária e saúde pública (PAIVA, TEIXEIRA, 2014). O principal conjunto dessas medidas foi denominado Ações Integradas de Saúde (AIS) que, com base em mecanismos de regionalização e hierarquização, procurou interligar a rede pública nas esferas federal, estadual e municipal, a partir de 1983. Tais iniciativas começaram a alterar a lógica do sistema vigente, antecipando as propostas institucionais da reforma sanitária do fim dos anos 1980 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 1986, foram lançadas as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único, a saúde como dever do Estado. Com este horizonte, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) que debateu três temas principais: ‘A saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘O financiamento setorial’ (CNS, 2019) Lá estiveram presentes, mais de quatro mil participantes, 135 grupos de trabalho e objetivos muito claros: contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde e subsidiar as discussões sobre o setor na futura Constituinte.

A Constituição Federal de 1988, nos Artigos. 198 a 200, atribuiu ao Sistema Único de Saúde a coordenação e a execução das políticas para proteção e promoção da saúde no Brasil. Os princípios doutrinários do SUS são universalidade, integralidade e equidade. A universalidade garante a atenção à saúde a todos. Considerando que este princípio consiste em

um diferencial na atenção à saúde dos brasileiros, surge então a hierarquização de necessidades de saúde, em formato piramidal, sua base composta pela Atenção Básica à Saúde (ABS), que trata os problemas de baixa complexidade, no meio da pirâmide estava a Atenção secundária, que cuidava do atendimento dentro das especialidades, e a alta complexidade, onde se inseriam os hospitais. No modelo de saúde a ABS é determinada como “porta de entrada” ou “primeiro contato” e do “acesso”, que segundo Starfield (2004) se refere à acessibilidade e ao uso do serviço de saúde frente a cada novo problema enfrentado pelo usuário. A autora faz uma distinção entre acesso e acessibilidade, sendo que acesso se refere ao uso efetivo do serviço pelo usuário, enquanto a acessibilidade se constitui no elemento estrutural necessário ao primeiro contato (STARFIELD, 2004).

A regionalização, princípio organizativo do SUS, pode facilitar a acessibilidade visto que, ao instalar serviços de saúde em regiões para populações adscritas, poderá possibilitar maior proximidade com as residências das pessoas, diminuindo assim as barreiras geográficas. O princípio da equidade assegura aos indivíduos assistência de acordo com suas necessidades, ou seja, considera o contexto social, econômico e as formas do processo de saúde e doença em cada coletividade (BRASIL, 1988).

Para organização da rede de atenção à saúde a hierarquização é a proposta de que os serviços sejam organizados em níveis crescentes de complexidade, na perspectiva de possibilitar o acesso a serviços de acordo com a complexidade necessária a cada situação (BRASIL, 1988). Neste caso complexidade significa o conjunto de equipamentos com elevada densidade tecnológica; contudo é importante destacar que, além disso, a complexidade está em todos os atos de cuidar, pois envolve uma relação entre pessoas, envolve trabalhar com as necessidades de saúde em suas múltiplas dimensões (PEREIRA, 2008). Neste sentido, a hierarquização do atendimento também se articula com a porta de entrada da ABS, pois os encaminhamentos devem ocorrer somente em situações que requerem atenção mais especializada acionando, para esse fim, os serviços dos demais níveis do sistema.

A integralidade, como princípio, prevê a assistência não compartimentalizada, compreendendo assim o homem como um ser integral, biopsicossocial. O Instituto Brasileiro de Administração Municipal (1991) conceitua integralidade fazendo referência ao olhar para o ser humano e também para o sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui numa totalidade. (STARFIELD, 2004).

3.3 Relacionamentos Público Privados no Brasil

A partir da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, o conceito de saúde no país passa a ser mais amplo, convergindo com o de qualidade de vida: não sendo vista apenas a ausência de doença, mas sim um conjunto de fatores. (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016). A forma de gestão do SUS é tripartite, envolvendo as três esferas de governo com comando único em cada nível. Segundo a CF/88 com relação ao Orçamento da seguridade social (OSS), fica posto que será construído da arrecadação de tributos do governo Federal, e que devem ser acrescidos com recursos dos estados, Distrito Federal e municípios para financiar o Sistema de Saúde Universal do Brasil (PIOLA et al., 2013). Ficam destinados a saúde, 30% dos recursos totais do Orçamento da seguridade social. No entanto, isso não se efetivou, trazendo prejuízos à organização administrativa de todo sistema (PIOLA et al., 2013).

O financiamento depende da arrecadação de tributos que visam a custear todas as ações e serviços da rede de Atenção à Saúde, sendo um fator que já sinalizava possibilidade de entraves no processo operacionalização da gestão financeira (TELES; COELHO & FERREIRA, 2016). A NOB (norma operacional básica) 01/91, editada pelo INAMPS/MS em janeiro/91 e reeditada em julho do mesmo ano, (BRASIL, 1991) reproduz em seu texto muitos dos elementos que compõem as Leis Orgânicas da Saúde, uma vez que elas constituem as bases de implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde. No entanto, o enfoque desta Norma está fundamentalmente direcionado aos mecanismos de financiamento do SUS ao repasse, acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros para os municípios e/ou estados, considerados incentivos ao processo de descentralização. Com as modificações das NOB's /91, já fica permitida a interação entre os setores público e privado. Nesta lógica, vem a NOB/93, para direcionar a descentralização das decisões operacionais sobre a organização do Sistema de Saúde, levando os municípios à condição de gestores do Sistema. (SKATENA E TANAKA, 2001; TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

A NOB/96 apresentava duas formas de gestão para o subsistema de pré-pagamento municipal; a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema de saúde. Caberia aos municípios comprovar a existência do Conselho Municipal de Saúde, ter o Plano Municipal de Saúde e operar o Fundo Municipal de Saúde (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007). A partir da NOB/96 os recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, ou seja, os recursos de Fundo a Fundo, ganham um “carimbo” determinando o seu destino (MARQUES; MENDES, 2005). O Pacto pela Saúde foi implantado em 2006, com o objetivo de fortalecer a descentralização buscando a coerência na organização, financiamento e a gestão do sistema, sem muito êxito, porque não teve impacto no modelo de planejamento, a execução dos blocos

de financiamento, monitoramento e avaliação (MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017; SILVA, 2019).

Os recursos do Ministério da Saúde para os outros entes da federação aplicados para os serviços públicos de saúde eram destinados de forma descentralizada através de blocos de financiamento pela Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Esses blocos, conforme suas especificidades de serviços de saúde pactuadas, se dividiam em: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Com a Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009 é incluído o sexto bloco de financiamento, Investimento na Rede de Serviços de Saúde. Esses recursos do MS só poderiam ser aplicados ao seu próprio bloco (MAZON et al., 2018; SILVA, 2019).

Após a aprovação da Portaria nº 3.992/GM, em 2017, os seis blocos deixaram de existir, iniciando uma nova organização referente aos blocos de financiamento, que passaram a ser apenas dois: I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2017; SILVA, 2019; SILVA, 2019). Assim, a transferência passou a ser realizada para conta única, o recurso só poderá ser destinado ao que estiver previsto no planejamento da unidade federativa, sendo dificultador da descentralização dos recursos e ignorando as particularidades para cada setor no qual os blocos de financiamento garantiam (MAZON, 2018; SILVA, 2019).

Apesar do aumento de investimento nas redes, a infraestrutura hospitalar do país continuou deficitária em face das necessidades da população, sendo que a assistência médico-hospitalar é um dos pontos críticos do sistema. Torna-se comum a divulgação diária de notícias acerca das condições precárias presentes nos hospitais do SUS, especialmente com o aumento da incidência de agravos específicos como doenças cardiovasculares e traumas e no recente cenário de pandemia de COVID 19.

No Brasil a concepção de convênio Público Privado (PPP) envolve o estabelecimento de relação contratual entre poder público e parceiro privado num âmbito diferente daquele utilizado nos contratos administrativos previstos pela Lei no 8.666 (BRASIL, 1993). o contrato de gestão estabelecido entre Estado e Organizações Sociais (OS) (Lei no 9.637/1998) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (Lei no 9.790/1999), nas áreas de educação, saúde e cultura, com pactuação de metas físicas e de qualidade, e com controle pela sociedade civil em seus conselhos de administração. São exemplos desse modelo as contratualizações de hospitais e serviços públicos com organizações filantrópicas e/ou de ensino superior em saúde sem fins lucrativos (MALIK, SCHIESARI, CARRERA, 2021).

Estes contratos ou parcerias enfrentam no espaço dialógico do setor a concorrência entre defensores e detratores do modelo. Estes consideram que a saúde constitui atividade indelegável à iniciativa privada, enquanto aqueles defendem uma flexibilização que permita ganhos de eficiência que beneficiem usuários finais (BARBOSA, MALIK, 2014).

Na administração direta do SUS os entes federativos – União, estados, Distrito Federal e municípios – têm, como principais características, regime de pessoal estatutário, com provimento por concurso público (CF, art. 37 e 39; Lei nº 8.112/90); finanças regidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal; regras de licitação observadas (BRASIL, 1993) e controles interno e externo – fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial (CF, art. 70 e 74). (BRASIL, 2010) Essas regras, apesar de serem importantes para dar legitimidade e segurança à gestão pública, geram inúmeros problemas aos gerentes, pois têm como consequência a falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa. Com frequência, são atribuídas a essas regras todas as falhas na administração das unidades, desde a ineficiência até a entrega de resultados aquém do desejado (BRASIL, 2015).

A construção de um modelo organizacional mais flexível significa a coexistência de diversos modelos institucionais e organizacionais e a criação de novas redes de relacionamento entre Estado e sociedade na prestação de serviços públicos (ABRUCIO, 2012). Esse conceito está relacionado ao foco na descentralização e no incentivo à criatividade e inovação (BRESSER-PEREIRA, 1998). A orientação voltada para resultados e não mais para processos/procedimentos introduz uma nova lógica de gestão e muda o foco das políticas públicas. Ou seja, assume que a administração pública deveria se orientar por critérios de desempenho, utilizando o contrato como instrumento de gestão e controle dos gestores públicos e não pelo simples cumprimento das regras formais. (BRESSER-PEREIRA, 1998) Assim, a avaliação passa a ser realizada em função dos resultados atingidos, introduzindo a lógica das metas e indicadores na contratação dos serviços públicos (BRASIL, 2015).

A contratualização é considerada uma das políticas de NGP mais comumente utilizada em diferentes países da Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD) para gerir e implementar políticas públicas junto com parceiros privados e instituições descentralizadas. (OECD, 2005) Quanto aos critérios de avaliação e desempenho, são essenciais a uma administração pública pautada pela autonomia. Costa (1998, p. 211) chama a atenção para a precariedade até dos mais sofisticados mecanismos de avaliação de desempenho que, ao se mostrarem incapazes de medir o impacto das ações empreendidas, através da mensuração da eficiência (COSTA,2010).

A participação do setor privado no SUS pode ocorrer mediante contrato ou convênio de diversas formas. O poder público poderá contratar do setor privado a totalidade dos serviços inexistentes na área pública; realizar parcerias (convênios) com entidades sem finalidade lucrativa, somando os seus serviços àqueles ofertados pelo setor filantrópico; contratar serviços privados com previsão de concessão de uso de bem público; entre outros. Isso foi a base para a adoção de modelos institucionais como as OSs, as OSCIPs e as fundações estatais. (BRASIL, 1988; CARVALHO; SANTOS, 1998; PIOLA et al., 2009).

Sobre o sistema de saúde pública existem vários questionamentos, destacado financiamento, capacidade operacional, estrutura gerencial, qualidade dos serviços prestados, resolubilidade disponível, formas de garantir segurança aos usuários e equidade no acesso aos recursos. O desenvolvimento de projetos de PPPs no setor saúde se caracteriza pela complexidade e pelo envolvimento de múltiplos atores e interesses. Destaca-se a chance de melhoria da assistência à saúde com investimentos em novas estruturas que venham a suprir as deficiências crônicas do setor e dos recursos assistenciais. Resolver os entraves destes projetos demanda conhecimento das necessidades e do sistema de saúde, objetivos e interesses do setor privado, interação com agentes públicos e de controle social e uma capacidade de diálogo e comunicação incomuns (BARBOSA, MALIK, 2014).

3.4 Assistência Hospitalar no sistema de saúde brasileiro

Para o Ministério da Saúde, na prática, as instituições hospitalares agregam uma série de funções que as caracterizam como as organizações mais complexas do setor saúde. Suas funções têm atravessado um período de rápidas mudanças que envolvem questões sociais, emprego, ensino e pesquisa, assistenciais e de apoio aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A Atenção Hospitalar tem sido, ao longo de décadas, um dos principais temas de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido por esse nível de atenção (BRASIL, 2011).

Assim como também é indiscutível a importância da APS como grande porta de entrada, e resolução das ações de baixa complexidade, mantendo referência e contra referência entre APS com a média e alta complexidade, atendendo o usuário mais perto do seu domicílio e não sobrecarregando os grandes hospitais com causas pertinentes à APS. Como o sistema apresenta dificuldade em ordenar esta ordem de atendimento por complexidade em seus devidos

locais de atendimento, isso vem agravando o quadro de saúde destes usuários, e consequente superlotação nos hospitais. Isto agrava o congestionamento, às demandas reprimidas e compromete o fluxo na rede de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2013; MASSUDA & MALIK, 2021). No Brasil, assim como em outros países em que o sistema de saúde tem pontos de estrangulamento, o não fortalecimento da APS, acentuado pela nova Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (PNAPS), que parece servir mais a propósitos restritivos do que à qualificação de serviços, levando a limitação à universalidade, esta legislação parece ter aumentado as distorções no financiamento inviabilizando alguns processos característicos da APS (MASSUDA et al, 2021).

Numa perspectiva de prolongada restrição orçamentaria, que agravará o subfinanciamento público da saúde no Brasil, a nova política pode contribuir para o retrocesso em grandes conquistas já obtidas na busca pela redução de desigualdades em saúde, desde a implantação do SUS e da ESF. A pandemia causou uma piora no sistema de saúde, evidenciando a relevância de estabelecer governança regional, necessidade de ampliação de espaços para compartilhamento de atividades de gestão e melhoria do sistema de regulação, como mecanismos de resgate e caminho para avançar enquanto rede de saúde (MASSUDA et al, 2020).

No âmbito financeiro, destacam-se aspectos relacionados ao custeio das unidades, bem como aspectos relacionados com a geração de investimentos necessários para a construção, ampliação e reforma das unidades existentes. Na dimensão política, pode-se destacar a opção pela direcionalidade, de privilegiar o modelo hospitalocêntrico como proposta hegemônica para a sociedade mesmo que seja inversa ao modelo mais preconizado de atenção à saúde, por meio das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência, em busca de maior cobertura, efetividade e satisfação da população, visando a uma política que desafogue o sistema, e deixe sob a responsabilidade dos hospitais o que de fato é, os cuidados de maior complexidade (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Apesar de dispor de um sistema de saúde universal o Brasil, assim como países que apresentam muitas fragilidades na rede, apresenta pouca resiliência. No entanto tenta atender as demandas de emergência em saúde pública. Porém, a redução abrupta de recursos repassados pelo governo federal nos últimos anos, compromete o modelo de atenção à saúde que não consegue fazer a atenção básica ser realmente a porta de entrada no sistema causa a superlotação de unidades hospitalares (MASSUDA, TASCA & MALIK, 2020; THOMAS et al., 2020).

Os hospitais não podem ser vistos como ilhas de excelência, à parte da rede de serviços. É de extrema importância que todas as medidas adotadas considerem os hospitais e a sua inserção na rede. Essas instituições devem ser vistas, planejadas e avaliadas enquanto determinantes e determinadas do sistema de saúde como um todo. Cabe aos gestores locais do SUS a discussão das necessidades de saúde, da demanda de serviços e da efetiva condução e controle das ações implementadas (BRASIL, 2013).

A estrutura organizativa e a tradição gerencial dos hospitais brasileiros os têm tornado organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras (CAMPOS; ARAÚJO; RATES, 2008). Estas características têm sido apontadas como relevantes na produção de uma série de problemas, como a oferta de assistência impessoal e fragmentada e sem construção de vínculos entre usuários e profissionais, o que produz baixa responsabilização e descompromisso, fragmentação do trabalho e insatisfação dos trabalhadores, e também dos usuários. A estas características têm sido agregados como problemas frequentes nos hospitais brasileiros a existência de sistemas de gestão centralizados, com baixa participação dos trabalhadores; organização do trabalho por categorias profissionais, o que dificulta o trabalho em equipe; segmentação do cuidado pela lógica da seção, da unidade, com fragmentação dos processos de trabalho (BRASIL, 2013, p 35).

3.5 Organizações Sociais de Saúde no Brasil

As Organizações Sociais de Saúde (OSS), no Brasil, são um desdobramento do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), que foi um dos 14 pontos centrais do governo de Fernando Henrique Cardoso (Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB – 1995 a 2002). Essa reforma, proposta em 1995, tinha à frente o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) (SANO e ABRUCIO, 2008). Sua base teórica trazia a proposição de um modelo gerencial à administração pública, de maior eficiência frente ao aumento da demanda dos gastos em políticas sociais, como saúde e educação, advindas da Constituição de 1988, bem como da necessidade de ajuste fiscal do Estado frente à crise econômica de 1994 (SANO e ABRUCIO, 2008) (SANTOS, 2016) (TRAVAGIN, 2017) (RAMOS; SETA, 2019).

Di Pietro (2019) coloca que a criação das Organizações Sociais (OS) é o emprego de uma nova terminologia para a instituição de parceria entre o poder público e uma organização não governamental. Isso se dá por um processo de titularização de entidades qualificadas pelo poder público, considerando certos critérios; tal procedimento tem autorização do poder legislativo. Não há consenso, entre os teóricos, sobre a definição de OS. Alguns autores as

consideram também como parte do terceiro setor, por titularizar entidades privadas sem fins lucrativos. Ou seja, avaliam o processo de titularidade de uma entidade como uma classificação de mercado (DI PIETRO, 2019).

A expressão “terceiro setor” surgiu e começou a ser utilizada inicialmente nos Estados Unidos na década de 70 (ALVES, 2002). Segundo Peter Hall (1994 apud CALEGARE, SILVA, 2009, p. 132), a presença de instituições filantrópicas e voluntárias na história norte americana é bem consolidada, com maior importância a partir da década de 1950 quando ocorre o reconhecimento das entidades que praticavam filantropia como associações voluntárias e fundações.

Com a PPP, as atividades antes exercidas pelo Poder Público são assumidas pelos particulares, mas permanecem sujeitas ao controle estatal, a fim de manterem sua função social e atingirem, ainda que indiretamente, o bem comum. Verifica-se, portanto, que o enfoque primordial do estado gerencial é a busca de eficiência, ou seja, a obtenção de melhores resultados. A eficiência deve ser demonstrada sob suas várias dimensões, desde que os resultados alcançados justifiquem um aumento dos custos, ou mesmo com custos constantes e resultados maximizados, ou com a redução de custos (SANTANA, 2015).

A relação entre OS e Estado, de acordo com a legislação, deve ser regida por um instrumento contratual, o Contrato de Gestão, elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, estipulando metas com indicadores precisos a serem atingidos pela organização. O programa em questão previa a extinção de órgãos e entidades estatais, garantindo-se, entretanto, os direitos e vantagens aos servidores públicos daqueles órgãos; estes servidores, inclusive, poderiam ser deslocados para exercer suas funções nas próprias OS. (BRESSER PEREIRA; SPINK, 1998).

As OSS gozam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado. Em compensação, seus dirigentes são chamados a assumir uma responsabilidade maior, em conjunto com a sociedade, na gestão da instituição. Sendo assim, as organizações sociais foram implantadas nesse contexto de reforma institucional e de gestão e para elas seriam transferidos os serviços não-exclusivos do Estado juntamente com as competências dos órgãos e pessoas estatais para se obter maior autonomia e flexibilização, sem deixar de responsabilizar os seus dirigentes. O Estado continuaria a financiar as atividades públicas, mas elas seriam absorvidas pelas Organizações Sociais que seriam responsáveis pelos resultados pactuados no contrato de gestão (MENDONÇA, 2008, p. 70).

Para atender às demandas da saúde de uma população é necessária uma grande capacidade financeira e de gestão sendo que, costumeiramente, não é possível distinguir com

clareza se as dificuldades encontradas podem ser atribuídas apenas à questão financeira, apenas à má gestão ou se trata de uma combinação de ambas. Assim sendo, em países menos desenvolvidos economicamente, fica destacada a importância da existência de uma boa governança justamente pela restrição financeira mais acentuada. Uma estrutura adequada e eficiente de governança corporativa, além de definir um uso mais racional dos recursos, também pode prevenir casos de desvio de dinheiro e o mau uso das verbas direcionadas para saúde (FAVARETTO,2020).

A governança está sendo um tópico de crescente debate e interesse internacional, não apenas nos órgãos governamentais. O termo relaciona-se a um novo conjunto de ideias, instrumentos e práticas de gestão de organizações. Na literatura, observa-se que a noção sobre governança sofre alterações de acordo com o enfoque, o setor ou o segmento onde está sendo empregada. Uma boa governança contribui para o desenvolvimento de melhores políticas e estratégias públicas, constitui fonte de vantagem competitiva e desempenha importante papel para o desenvolvimento econômico e social.

Segundo Claudia Baez-Camargo e Eelco Jacobs (2011), um aspecto muito importante a ser considerado quando estamos falando sobre governança em saúde pública trata do contexto político no qual o sistema de saúde está inserido. Estes mesmos autores optam por utilizar uma definição de governança descrita por Brinkerhoff e Bossert (2008 apud BAEZ-CAMARGO, JACOBS, 2011, p. 07, tradução nossa): “Governança trata sobre as regras que distribuem papéis e responsabilidades entre os atores sociais e definem as interações entre eles”, pois entendem que esta pode ser melhor definição aplicada ao conceito de governança em sistemas de saúde. A busca pela instituição de boas práticas de governança corporativa no sistema de saúde pública é justificável, segundo Edson Labadessa (2019, p. 02), pois: “[...]uma boa governança na saúde pública se apresenta como uma necessidade premente e irreversível, profissionalizando a gestão da organização e dando segurança à organização e à saúde dos pacientes”.

A origem da governança está associada ao momento em que organizações deixaram de ser geridas diretamente por seus proprietários (p. ex. donos do capital) e passaram à administração de terceiros, a quem foi delegada autoridade e poder para administrar recursos pertencentes àqueles. Embora o substantivo governança date de idades remotas, o conceito e a importância que atualmente lhe são atribuídos foram construídos a partir das últimas décadas do século XX, inicialmente nas organizações privadas. Nessa mesma linha, Mazzini (2006) refere-se à governança como o processo de descentralização e redefinição do papel do Estado que vem ocorrendo no mundo. Isso decorre da crise fiscal que afetou inúmeros países e das mudanças tecnológicas que revolucionaram o sistema produtivo, tornando a dinâmica do

Estado lenta para responder com rapidez às mudanças de hábitos, à lógica econômica e à necessidade de produção do conhecimento.

O aumento das parcerias com o setor privado e com o terceiro setor é impulsionado pela crescente pressão da sociedade. O principal foco são as práticas intraorganizacionais. Busca mudar o setor público, tornando-o próximo ao privado. Tem foco interorganizacional e estimula as redes como forma alternativa para o alcance do interesse público. O setor público é responsável pelo controle político e pelo desenvolvimento de estratégias que sustentam a capacidade de ação do governo.

Governança por metas e indicadores de desempenho é uma forma indireta de controle necessária para gestão de sistemas complexos, em que os resultados desejados são fixados previamente de forma mensurável; um sistema de monitoramento mede o desempenho contra essa especificação; e, mecanismos de feedback são ligados ao desempenho medido (BEVAN; HOOD, 2006).

Perante o contexto de reforma administrativa citado, os estados brasileiros começaram a buscar uma gestão de serviços públicos que pudesse seguir alguns princípios típicos da gestão privada, como eficiência, concorrência e produtividade. No SUS em Pernambuco, esse processo tem início a partir do novo desenho institucional do Estado no PDRAE onde é dada a diretriz para o papel regulador da autoridade sanitária. Desta forma, a gerência das unidades de saúde passaria a ser realizada pelas OSSs.

Os gestores estaduais reiteram que, com a delegação de serviços às OSSs, o Estado não perde a importância, mas apenas desloca-se para o papel primordial de coordenação e controle das OSSs, estabelecendo as metas para a execução dos serviços. Críticas ao modelo de gestão direta dos serviços públicos têm sido utilizadas como argumento para a reforma do aparelho estatal e uma das principais justificativas para a gestão desses serviços às OSSs.

Por outro lado, os gestores municipais membros do COSEMS de Pernambuco também apontam como importantes as mudanças na forma de gestão do SUS. Mas esses gestores apresentam uma visão mais crítica em relação ao modelo, demonstrando receio quanto ao propósito da operacionalização dos serviços a partir desse arranjo jurídico no sistema de saúde estadual.

Uma das principais discussões quando se adota a gestão por OSSs é em relação aos recursos humanos, em especial ao processo de contratação. Há opositores que consideram que esse modelo de gestão ludibria, com base no artigo 37, inciso II da Constituição Federal (CF), a exigência do concurso público – estatutário. Contudo devem ser observado os princípios da impessoalidade e objetividade, por meio de um regulamento próprio, contendo plano de cargos

e salários, para manter a agilidade de recrutamento nesta modalidade de gestão, sem infringir as premissas de uso do dinheiro público (MALIK; SHIESARI; CARRERA, 2021).

Outro ponto conflitante na contratualização de OSSs, e também objeto de crítica, é a ausência de procedimentos regulatórios prévios, que deveriam ser realizados anteriormente à elaboração do contrato de gestão com as OSSs por parte de diversos órgãos públicos no Estado. Dentre esses, se destacam os processos de governança do SUS e a necessidade da tomada de decisão colegiada nas comissões gestoras e nos órgãos de controle social.

A análise de documentos oficiais aponta que o processo de aprovação do projeto de reforma do aparelho estatal em Pernambuco teve início no governo Jarbas Vasconcelos (PMDB), em 1999, a partir da premissa de que não havia recursos financeiros suficientes para atender à expansão de serviços dentro dos padrões de gestão tradicional. Assim, seria necessário fomentar o desenvolvimento de redes hospitalares públicas não estatais, objetivando criar entidades com capacidade de gestão e execução, que pudessem vir a assumir a assistência à saúde, mediante contratualização da prestação dos serviços. Reforçado pela Lei Nº 11.743 do Estado de Pernambuco, de 20 de janeiro de 2000, que sistematiza a prestação de serviços públicos não exclusivos, e dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais E Da Sociedade Civil de interesse público e o fomento às atividades sociais (MELO, 2012).

A operacionalização desse processo só começou a entrar efetivamente na agenda partir de 2006, quando o então candidato Eduardo Campos, em seu programa de governo, apontou que um novo modelo de gestão precisava ser construído, orientado por três eixos: o da organização gerencial, o da democratização da relação com servidores públicos, e o do sistema de controle das funções estatais. Assim, apenas em 2009 o Governo do Estado define como prioridade a transferência da gestão de novas unidades hospitalares às OSSs (MELO, 2012).

Historicamente a legislação no estado avançou através das leis: Nº 15.210 Estado de Pernambuco, de 19 de dezembro de 2013, que dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde - OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco; pela Portaria GM MS Nº 10, de 03 de janeiro de 2017, que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde; Com a Resolução TC de Pernambuco Nº 58, de 21 de agosto de 2019 que dispõe sobre a transparência dos recursos públicos geridos pelas Organizações Sociais de Saúde –OSS, reforçado pelas leis municipais como a de Olinda, Nº 6149 de 2021, que dispõe sobre a Qualificação e Contrato de Gestão das OSS, e tendo em vista a necessidade de disciplinar os procedimentos para Contratualização das Organizações Sociais, visto que o estado destaca-se no cenário de legislação voltada aos serviços por OSS no território Brasileiro (ALEPE, 2022).

No tocante aos processos de controle, o estado de Pernambuco faz o acompanhamento das atribuições, responsabilidades e obrigações das OSSs, e instrumentos são estabelecidos para isso, com foco em diferentes níveis e dimensões do controle interno e externo, tais como: o contrato de gestão, renovado anualmente, o relatório financeiro e o relatório de execução e desempenho, com periodicidade mensal. Uma vez estabelecidos os parâmetros, o controle sobre as OSSs ocorre a partir do acompanhamento e da avaliação dos resultados obtidos pela entidade, que devem ser comparados com o que foi previamente acordado no contrato de gestão (LEITE, 2014).

Há dificuldades evidenciadas desse processo no contexto da governança do SUS. Segundo Leite (2014), em Pernambuco, nos contratos de gestão firmados entre a administração pública e as organizações sociais de saúde, há cláusulas que estabelecem metas pouco ambiciosas, a exemplo do simples envio de relatório para determinada meta ser considerada cumprida.

Em 2013, o Governo de Pernambuco publicou a Lei Estadual nº 15.210, a qual ampliou consideravelmente cláusulas essenciais dos contratos firmados com OSSs. Onde a diferença da legislação anterior é basicamente o aumento do critério de monitoramento da resolução nos serviços. Um exemplo disso foi que a Secretaria Estadual de Saúde passou a exigir o envio mensal de todas as notas fiscais relacionadas aos recursos repassados por meio do contrato de gestão, assim como a exigência de CNPJ próprio para cada unidade de saúde administrada pela OSS mantenedora. Ou seja, não é mais aceitável que a OSS realize contratações ou pagamentos diretamente com o CNPJ da mantenedora.

No caso de órgãos de controle externo, tem evoluído a prestação de contas a partir da garantia de acesso aos dados técnicos e financeiros, seja pelo site da Secretaria de Saúde do Estado ou por solicitação, contribuindo para a redução na assimetria de informação ampliando a transparência, mediante a publicização do comparativo de metas e resultados, contido, inclusive, no relatório de execução (LEITE, 2014). Anos antes, Violin (2007) já destacava que o processo de fiscalização das OSSs apresentava percalços, como a dificuldade de acesso às informações por parte dos órgãos de controle externo, como os Tribunais de Contas, e, mesmo, internamente pelos órgãos de Controle Social do SUS. Esse autor afirma que, por serem as OSSs entidades que recebem recursos públicos, devem garantir transparência e acesso irrestrito e sem burocracia a qualquer informação solicitada, de forma ágil. O que fica mais evidente é a mudança na estrutura organizacional da administração pública, com o gestor público estadual optando por uma função cada vez mais voltada à regulação e uma nova forma de executar os

serviços seguindo diretrizes contidas nos PDRAE e nos documentos congêneres da SARE-PE aprovados ainda na década de 1990.

Assim, o modelo de gestão baseado na gestão de serviços por OSSs no SUS em Pernambuco é baseado na qualificação de entidades filantrópicas com objetivo de expandir a oferta de serviços e garantir melhores resultados no SUS. Diretrizes restritivas e redução do gasto público na saúde não aparecem como motivo para o gestor público adotar o modelo, uma vez que a gestão estadual do SUS tinha como principais objetivos agilizar a operacionalização do funcionamento dos novos hospitais, com a ampliação do número de equipamentos e serviços oferecidos à população.

A partir da opção pelas OSSs para execução dos serviços no modelo de gestão, um dos principais questionamentos diz respeito à possibilidade de privatização das unidades estatais. Esse tem sido um dos fatores de resistência explícita ao modelo, por atores políticos do SUS, nos espaços de decisão colegiada. Segundo Bresser (2008), o repasse dos serviços para as OSSs não se configura como um processo de privatização, mas de publicização, ou seja, a transferência da gestão de bens e serviços públicos a cargo de entidades autárquicas e fundacionais. O conceito em si difere de uma privatização, que seria a venda ou transferência de ativos públicos que não devem mais permanecer no setor público.

Todo o patrimônio das UPAs e dos hospitais é público. Privatizar é quando um patrimônio que é público passa a ser de outrem, o que não aconteceu aqui. Patrimônio no sentido permanente é público. Contudo, Di Pietro (2004) discute que uma entidade não estatal, ao exercer as atividades antes exercidas diretamente pelo Estado, nada mais é do que uma forma de orientar os processos de reforma por diretrizes do mercado. Ou seja, para esse autor é uma forma de privatização em sentido amplo.

Os gestores estaduais defendem o modelo de gestão como forma de expandir a prestação de serviços públicos. Enquanto, para os gestores municipais abordados no estudo, a autoridade sanitária estadual deveria se fortalecer para atuar na execução direta dos seus próprios serviços. Assim, a rápida expansão de serviços públicos de saúde no SUS, sob responsabilidade direta do gestor estadual, especialmente novos serviços de média e alta complexidade, de acordo com o novo modelo de gestão, são transferidos para OSSs num ambiente de conflitos e resistência.

Sendo assim, há uma percepção comum dos gestores públicos sobre OSS que enfatiza os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Essa percepção está associada, também, à redução de entraves burocráticos e flexibilização da gestão de recursos humanos (TRIBUNAL DE CONTAS, 2012).

Dentre as justificativas para agilização desse processo por parte da Secretaria Estadual de Saúde, está a necessidade de ampliação do acesso. De outro lado, visões distintas evidenciadas, por parte de gestores municipais, enfatizam que a forma pela qual esse processo vem se dando está relacionada à vontade política em priorizar tal modelo, em detrimento do modelo tradicional da administração pública. Essa situação, observada em Pernambuco pode ser a razão pela qual a implantação do modelo enfrentou significativo atraso pelas divergências evidenciadas.

3.6 Contrato de gestão

Contrato é a relação entre duas ou mais partes interessadas, que se obrigam a cumprir o que foi combinado sob determinadas condições. No modelo de gestão de serviços de saúde existem diversos modelos adotados pelas OSS, tanto para gestão de serviços públicos (VIOL, 2018).

O contrato de gestão teve origem na França nos anos 1970. Seu objetivo era a recuperação de empresas públicas deficitárias, denominado como “contrato de programas”. Após 10 anos de utilização do modelo, a proposta deste regime de contratualização foi modernizar as empresas estatais, por meio do chamado “contrato de empresas”. Em sequência, esta modalidade contratual passou a ser denominada “contrato de plano”, buscando a adequação com planos de governo. O contrato de gestão passou por mais duas fases sequenciais, apresentando uma configuração mais complexa denominada como “plano de objeto”, contemplando o plano empresarial, a previsão financeira e o resumo estratégico dos planos para um período de 3 a 4 anos (VIOL, 2018).

No final dos anos 1970 o contrato de gestão tomou proporção mundial, a partir do momento em que a Inglaterra adotou o modelo para gerir estatais com a participação de empresas privadas (GONÇALVES, 2001). O primeiro contrato de gestão adotado no Brasil, ocorreu entre o Ministério da Saúde e a Associação das Pioneiras Sociais, em 1991. Em sequência, a Companhia Vale do Rio Doce também adotou este modelo, firmando 88 contratos de gestão com empresas públicas, fundações e autarquias. O modelo foi adotado rapidamente pelas estatais, pois essas o consideravam adequado para o desenvolvimento dos serviços, em virtude da facilitação no processo de gestão de pessoas, implantação de processos de qualidade total (ANDRÉ, 1999).

Segundo Gonçalves (2001, p.57-69), o contrato de gestão seria: [...] uma forma de relacionamento entre os governos e entidades públicas e privadas, baseada na autonomia,

controle de resultados e na participação efetiva da sociedade na definição e controle de políticas públicas. Segundo Ferreira Júnior (2004), a definição deste modelo contratual foi designada como “instrumento chave” no relacionamento entre os ministérios e as entidades contratadas, principalmente por: clarificar o foco da instituição; possibilitar maior base de comparação entre o atual desempenho da instituição e o desempenho desejado; definir níveis de responsabilidade e de responsabilização; possibilitar o controle social, por resultados e por comparação com outras instituições (FERREIRA JR, 2004).

Os contratos deveriam ainda contar, como cláusulas mínimas, com Objeto Contratual, Objetivo; Metas; Obrigações da Contratada; Obrigações dos Ministérios supervisor e intervenientes; Valor; Acompanhamento e avaliação de resultados; Suspensão; Vigência e renovação; Publicidade e controle social; Rescisão; Desqualificação e finalidades. Das cláusulas apresentadas, as metas contratuais se definem entre as mais relevantes para o gerenciamento durante a vigência contratual, tendo em vista a existência de fatores variáveis caso a empresa contratada não venha a cumprir o limite mínimo de tolerância (HECKERT, 2018).

Periodicamente, os contratos de gestão são avaliados por uma comissão de fiscalização instituída pelo Estado que, por sua vez, verifica a adequada execução das obrigações contratuais. O contrato de gestão é um instrumento com forte dimensão racional influenciando, primeiro, as regras de responsabilidade (prestação de contas) e, segundo, as de governabilidade (autonomia) (LIMA, 1996).

É necessário fazer revisão de pagamento anual que não ocorre, finalização do contrato como pagar fornecedores, funcionários afastados, etc., reavaliar, e melhorar o cumprimento dos contratos firmados.

O movimento para identificar oportunidades de melhoria proposto neste trabalho contribui com a sensibilização das equipes envolvidas, além de nortear o desempenho por meio de um sistema de gestão estruturado em requisitos reconhecidos como fundamentais para um atendimento qualificado e seguro, resultando em maior eficiência, menos desperdício, possibilidade de comparação e maior confiança do público em geral; identificação de deficiências e elaboração e implementação de planos de ações de melhoria, com definição de prioridades e gerenciamento de riscos.

3.7 Riscos e benefícios da gestão por OSS

Devido às especificidades culturais de cada setor e os métodos de trabalho de cada grupo de especialistas, o formato de Organizações Sociais propicia a flexibilidade da gestão, considerada por alguns como necessária a uma melhor atuação, especialmente pela possibilidade de incorporar as práticas de gestão específicas de cada setor, facilitando ganhos de produtividade e de satisfação na prestação dos serviços públicos (ALCOFORADO, 2005). Ferreira Junior (2003) afirma que o modelo de administração de hospitais públicos por Organizações Sociais de Saúde veio equacionar a importante questão de possibilitar os mesmos instrumentos gerenciais disponíveis à administração privada. Segundo Alcoforado (2009), os mecanismos de controle estão previstos em todo o processo do modelo de OS, do momento de sua qualificação até a prestação de contas da utilização dos recursos financeiros, patrimônio, recursos humanos e resultados alcançados.

Campos (2007, p. 305) argumenta sobre os limites de qualquer reforma gerencial ou de modelo de gestão: “em geral, o desempenho das organizações depende de um complexo de fatores, entre eles, o contexto político, econômico e cultural e não somente de alterações tecno-gerenciais, ainda que estas interfiram no desempenho dos serviços” Barbosa (2005) analisou a hipótese de que a autonomia financeira e administrativa para a provisão de bens e serviços e administração de pessoal, associada à direção proposta pelo contrato de gestão e ao emprego de instrumentos e práticas gerenciais inovadoras, condiciona ganhos de eficiência. Abrucio (1997) destaca que a maior eficiência dos serviços prestados pelo Estado depende de maior autonomia gerencial dos administradores, os quais devem ter sua responsabilização baseada no desempenho e na participação e controles sociais. Segundo Bacha e Schwartzman (2011) a sociedade atual demanda a provisão de bens e serviços de qualidade, com acesso universal a toda a população, o que exige eficiência do setor público.

Embora existam dificuldades para estabelecer comparações entre diferentes modelos gestão, uma vez que o registro de dados de produção e de gastos não possui a mesma qualidade nos diferentes serviços, há evidências que apontaram maior eficiência nos hospitais gerenciados por OSS, com menores gastos médios por internação e outros procedimentos realizados nestes hospitais, em relação aos hospitais de mesmo porte, da Administração Direta. Entre outros, existe estudo comparando 12 hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde e 10 hospitais da administração direta em São Paulo, com perfis semelhantes. Onde os administrados por OSS demonstram maior eficiência técnica (capacidade de produzir o máximo de resultados com dada quantidade de insumos) dos hospitais das Organizações Sociais de Saúde (COSTA; RIBEIRO, 2005).

O controle de eficiência do Poder Público sobre as Organizações Sociais deve ser feito tomando por base o cumprimento das metas estabelecidas nos contratos de gestão. O contrato de gestão deve ser elaborado de comum acordo entre a organização social e o órgão supervisor. No documento são fixadas as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização.

Cabe ao órgão supervisor da área de atuação o exercício da fiscalização sobre as organizações sociais. Os recursos previstos no contrato de gestão são previsões orçamentárias atreladas do cumprimento de metas, que poderão ou não se concretizar ao final do contrato. Assim, espera-se que a OSS consiga realizar suas obrigações de forma mais efetiva que o Estado, obtendo deste modo economia de recursos. No caso, o poder público é responsável pelo acompanhamento dos objetivos perseguidos no contrato de gestão.

Meirelles (1999) define o contrato de gestão como o instrumento jurídico básico dessa nova forma de parceria entre o setor público e o privado. Embora a lei denomine este instrumento como contrato, na verdade trata-se de um acordo operacional entre a Administração e a entidade privada. Por sua vez, o contrato de gestão guarda relação com natureza jurídica de convênio; portanto, seria uma formalização de um contrato visando a mobilizar os administradores para os objetivos de interesse público, que lhes concederia maior autonomia assegurando também maior eficiência do controle de resultados. Este deveria se nortear pelos princípios gerais da administração pública, além do princípio da eficiência, consagrado por meio da EC 19/98, informador do modelo gerencial adotado pela Administração, devendo sofrer fiscalização para que seu objetivo não seja desviado para interesse privado, eliminando assim sua própria razão do existir a realização das necessidades coletivas.

Num contrato usual da Administração Pública com o particular, a função do objetivo do contratado é cumprir sua obrigação, de modo a receber do contratante o total da contrapartida financeira e, dessa forma, maximizar seu lucro. Contudo, num contrato de gestão, não há a maximização do lucro pelo contratado, pois a OS é uma instituição sem fins lucrativos, sendo sua função e utilidade maximizadas pelo aumento do prestígio e contribuição junto à sociedade, sua disputa no mercado ocorre pelo reconhecimento de ser uma eficiente prestadora de serviços à sociedade. Assim quando o Estado faz um contrato de gestão com uma OSS para administrar uma unidade hospitalar, a eficiência deve ser avaliada de forma mais ampla, não ficando restrita apenas à compra de bens e serviços, mas sim considera a economicidade obtida pela redução de custos. Isto envolve toda uma cadeia logística de gestão hospitalar que engloba, além de compras, seu planejamento, seus custos de estoque e serviços de manutenção, muitas vezes

mais relevantes, e uma análise convencional da economicidade, na qual se compara o valor de um bem ou serviço com algum referencial de mercado incapaz de medir.

Pesquisa do Banco Mundial (2005) indicou que os hospitais administrados por Organização Social empregavam um mix diferente de profissionais especializados e com dedicação de 40 horas semanais, em comparação com o grupo de hospitais tradicionais. Esses dados indicam que os hospitais geridos por OSS utilizavam um mix mais favorável de profissionais em termos de custos, sem reduzir a qualidade da atenção. Adicionalmente, o número de empregados por leito hospitalar também foi significativamente menor e possivelmente mais adequado nos hospitais sob gestão de OSS do que nos da administração direta, sendo muito mais alto nesses do que em todas as outras formas jurídicas da amostra de 20 hospitais.

A integração entre recursos e metas permite a estruturação dos processos de trabalho focados na busca pela eficiência. O contrato de gestão, além de estabelecer controle sobre o desempenho da unidade contratada, serve como parâmetro para definição da alocação de recursos e dos custos envolvidos nos procedimentos e serviços produzidos (BARBOSA, 2005). Existe também a corrente que afirma que, em determinados casos, a avaliação dos contratos de gestão é prejudicada tendo em vistas as falhas na supervisão do cumprimento de metas, ou no desenho de metas pouco ambiciosas, objetivos fracos. não existência de sanções para metas não cumpridas (PACHECO, 2004). A contratualização com Organização Social de Saúde pressupõe a existência de sistemas de informação confiáveis e adequados. Sua atuação é transversal a todo o ciclo contratual, pois subsidia o planejamento, implementação, monitoramento e avaliação do contrato de gestão. Além disso, a correta alimentação dos sistemas de informação é uma medida de prestação de contas e transparência das atividades desenvolvidas pelos prestadores e permite o ajuste gradual da oferta de serviços às necessidades de saúde das pessoas. Ou seja, sistemas de informação constituem-se elementos-chave, sem os quais a contratualização não pode existir de forma efetiva.

Estudo sobre contratos de performance com o setor público em vários países o mundo (BANCO MUNDIAL, 1995), concluiu que foram raras as melhorias mensuradas na performance operacional de empresas públicas contratualizadas. Em número significativo de casos, houve piora na performance após a introdução dos contratos de gestão. Poucos mecanismos de incentivo estão relacionados com medidas robustas de performance e, mais importante, os contratos de gestão entre o governo e empresas públicas não especificam mecanismos neutros de arbitragem.

A busca pelo alcance das metas pactuadas sem uma estrutura adequada de monitoramento constante pode estimular a seleção adversa de usuários, o que acontece quando os profissionais priorizam atendimentos relacionados aos indicadores em detrimento da necessidade da população. Uma efetiva avaliação e controle de resultados minimizariam os problemas inerentes à relação de agência, pois proporcionariam mecanismos de medição regular e periódica das mudanças produzidas, monitorando-as ao longo do tempo, identificando os problemas, as dificuldades e os elementos da organização e desempenho dos serviços de saúde que produzem maior impacto sobre a qualidade da atenção. Nas parcerias do Estado com o terceiro setor, é imperiosa a diferenciação entre a função de regulação e a própria gestão das atividades finalísticas, de forma que a regulação não se confunda com os interesses do setor contratante e, segundo Medici, (2011) permita um juízo de valor isento do desempenho das parcerias.

A questão da assimetria das informações é central no problema de agência. A esse respeito, Pratt e Zeckhauser (1985 apud SEGATTO-MENDES; ROCHA, 2005, p. 174) argumentam que:” [...] na vida real informação completa raramente é livremente disponível para todas as partes, e então o problema se torna de que forma estruturar um acordo que induza agentes a servir aos interesses do principal mesmo quando suas ações e informações não são observadas pelo principal [...]” Assim, as informações que o principal recebe são fornecidas pelo agente, o que lhe permite um controle do tipo e profundidade da informação fornecida ao principal, surgindo a possibilidade da assimetria informacional, ou seja, de agente e principal possuírem diferentes níveis de informação. Essa assimetria e a necessidade de alinhamento de interesses entre os atores são pontos destacados pela Teoria de Agência e constituem questões importantes na contratualização na área da saúde. Isto se deve principalmente à natureza especializada do serviço e à autonomia técnica exercida pelos profissionais, especialmente médicos, o que dificultaria a mensuração e previsibilidade dos serviços.

O objetivo da contratualização seria, portanto, regular o comportamento do agente na direção dos resultados visados e evitar que este busque maximizar seus interesses próprios da forma que lhe aprouver. Mendonça (2008) afirma que é necessário indagar a respeito dos problemas e riscos que estão por detrás da criação do modelo de Organização Social. Não é difícil imaginar que essa “publicização” da esfera privada (essa é a forma que os intelectuais da reforma administrativa a denominam e, cuja expressão, aparece no preâmbulo da lei 9637/98) carrega consigo interesses velados de se tentar ultrapassar as vinculações jurídico públicas a que a Administração está sujeita. Sem dúvida, a finalidade do Plano Diretor da Reforma do

Aparelho do Estado, ao buscar formas privadas de prestação de serviços públicos, foi a de se obter maior flexibilização e menor controle estatal.

Nesse sentido, outro ponto crucial, como riscos na modelo de organização social, é a falta de entendimentos dos Órgãos de Controle no tocante à fiscalização, desenhada para o controle dos meios, numa visão ainda muito burocrática da Administração Pública. A esse respeito Martins já argumenta que:” [...] a ação dos órgãos de controle no sentido de equiparar OSS a empresas estatais para efeito de tratamento de auditagem, as tentativas de enquadramento das OS no SIAFI e interpretações de diversos órgãos no sentido de considerar cessão de servidores a OSs análoga à cessão para órgãos e entidades são sinais de enquadramento do modelo na lógica burocrática conservadora. Muitos críticos veem como natural um movimento pendular rumo a progressivo engessamento.” (MARTINS, 2007, p. 44). Isso ainda é causado pela falta de consenso entre os órgãos de controle, que podem provocar ainda incerteza ambiental quanto ao controle e fiscalização dos contratos de gestão, o que pode eventualmente acarretar desvios do objetivo final deste modelo.

4. METODOLOGIA

4.1 Natureza da Pesquisa ou Tipo de Estudo:

Caracterizado como qualitativo descritivo, este estudo se propõe a entender um fenômeno, descrevendo as variáveis que o compõem e interfaces que o caracterizam e o particularizam. Permite descrever um acontecimento em detalhe e permite a compreensão do comportamento de vários elementos que influenciam dado fenômeno (OLIVEIRA, 2002). Nesta pesquisa utilizou-se o método multicaso. Foram unidades de estudo três organizações do setor hospitalar pré-selecionadas. De acordo com Selltiz et al. (1974) um bom discernimento, aliado a uma estratégia adequada, permitem ao pesquisador escolher casos que produzirão dados satisfatórios em relação às suas necessidades. A seleção das unidades foi intencional e buscou-se organizações com aproximadamente 10 anos de atuação, que teoricamente estariam em processo de consolidação do modelo de gestão. Esses três hospitais têm em comum uma característica definidora de sua participação deste estudo: são geridas pela mesma OSS.

Baseado no Manual original da Opas, nas metodologias internacionais existentes, nos trabalhos e na experiência dos grupos regionais, surgiu o Manual Brasileiro de Acreditação de Hospitais, publicado em 1998, e, inicialmente, testado em 17 hospitais espalhados por todas as regiões do país. Foi ainda na fase de testes que o MS entendeu que, para além da elaboração do Manual, seria necessário desenvolver um Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), que precisaria ser gerido por uma instituição criada para esse fim. Nascia, assim, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 1º de junho de 1999.

Esta pesquisa pautou-se no manual da ONA de 2021, onde foi usado como guia o roteiro utilizado para avaliação de unidades submetidas à acreditação segundo a ONA, nos níveis I, II e III. Onde as exigências deste nível contemplam a definição das diretrizes e políticas organizacionais para o atendimento seguro e de qualidade da organização, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com os recursos (nota) adequados à demanda e ao porte da organização. Utilizamos 20 tópicos de observação, classificando-os em nível I, II, e III, nos domínios Infraestrutura, Gestão, Técnico Operacional, e Segurança e Risco, segue nos apêndices. Assim, fazemos a avaliação de estrutura e de processo segundo o manual da ONA.

A Coleta dos dados se deu através dos gestores internos do núcleo da FGH, as três pessoas com nível superior completo e formação na área de gestão à nível de pós graduação.

4.2 Fontes de Dados

- 1) Relatórios internos da gestão da OSS, utilizados para monitoramento, avaliação, acompanhamento dos processos e intervenções de padronização administrativa.
- 2) Dados coletados a partir de visitas realizadas a unidades administrativas dos hospitais estudados, utilizando como critério de avaliação o manual da ONA (2001).

4.3 Campo e o cenário do TA

A pesquisa se deu por meio do monitoramento dos dados de três hospitais abaixo descritos.

O propósito para a implantação de iniciativas da qualidade nas organizações de saúde consiste em desenvolver uma assistência de segurança ao paciente; entender os requisitos para a melhoria do desempenho; medir e identificar onde melhorar; identificar e entender, de forma sistemática, suas conformidades e oportunidades de melhoria; promover a cooperação interna entre processos e pessoas da equipe; elaborar plano de ação para adequar os processos ao padrão da ONA para esta OSS; monitorar a implantação do plano de ação, avaliar e aprimorar de forma cíclica.

As OSSs têm papel fundamenta na agregação de valor ao serviço público. Para que isso seja possível, elas precisam estar em conformidade com as normas técnicas adequadas para a prestação dos serviços a que se propõem. O poder público, por sua vez, precisa articular o monitoramento e as auditorias que realiza, baseando-se nas políticas de saúde, e assim garantir o fluxo de recursos necessários à operacionalização da política. Nesse sentido, buscou-se neste trabalho métricas de aferição de desempenho, alinhadas aos mecanismos de contratação e de repasse de recursos. De forma indireta, espera-se que os resultados da análise dos indicadores permitam qualificar a gestão de serviços hospitalares no âmbito da OSS em análise, desde as áreas de apoio ao atendimento do usuário nos referidos hospitais. Levando em consideração que os hospitais hora citados, são os contratantes através da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

4.3.1 HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Inaugurado em 15 de dezembro de 2009, o HMA foi o primeiro grande hospital de trauma construído na Região Metropolitana do Recife em 40 anos – o último havia sido o Hospital da Restauração, de 1969. Também foi o primeiro, na rede pública de saúde de Pernambuco, a adotar o modelo de gestão via Organização Social (OS). Hoje, a instituição é responsável por quase 3 mil atendimentos de urgência mensais. Em 12 anos de funcionamento, mais de 886,5 mil atendimentos foram feitos pelos 1,1 mil colaboradores do HMA, dentre eles 238 médicos e 478 profissionais de Enfermagem. (SES/PE, 2022). Pioneiro na rede no atendimento referenciado, em que os pacientes são encaminhados por Samu, Corpo de Bombeiros e Central de Regulação, o Miguel Arraes atende mais de um milhão de moradores de 11 municípios da Região Metropolitana Norte do Recife: Olinda, Paulista, Abreu e Lima, Igarassu, Itamaracá, Goiana, Itapissuma, Itaquitinga, Araçoiaba, Condado e Itambé.

A unidade conta com 180 leitos e é referência em Ortopedia, Cirurgia Geral, Traumatologia e Clínica Médica. No Ambulatório, voltado apenas para pacientes egressos, são oferecidas consultas em clínica médica, cirurgia geral e traumato-ortopedia.

4.3.2 HOSPITAL PELÓPIDAS SILVEIRA

Inaugurado no dia 8 de dezembro de 2011 e localizado às margens da BR-232, no bairro do Curado, no Recife, o Hospital Pelópidas Silveira (HPS) com atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS) é destinado a oferecer assistência médica nas especialidades de neurologia, neurocirurgia e cardiologia. Com mais de 12 mil metros quadrados de área construída, a unidade é referência para a população da Zona Oeste da capital e também para pacientes encaminhados do Interior. Sua porta de entrada é a Central de Regulação Hospitalar. Entre os exames especializados, oferece cateterismo, tomografia e ultrassonografia.

Ao todo, o Hospital Pelópidas Silveira conta com 180 leitos, sendo 30 de UTI. Por mês, realiza uma média de mil atendimentos de urgência; mais de 700 internações, mais de 2 mil consultas no ambulatório de egressos e 180 cirurgias, entre procedimentos em bloco cirúrgico e de hemodinâmica intervencionista.

4.3.3 HOSPITAL METROPOLITANO SUL DOM HELDER CAMARA

Inaugurado no dia 1º de julho de 2010, o Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara (HDH) possui o mesmo projeto arquitetônico dos hospitais Miguel Arraes e Pelópidas Silveira. A unidade, também referenciada, ou seja, destinada a pacientes encaminhados por

Samu, Corpo de Bombeiros, UPAs ou Central de Regulação de Leitos, oferece procedimentos de média e alta complexidade, atendimento de urgência e emergência, internação e atendimento ambulatorial de egressos da emergência e pacientes referenciados das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA).

Construído em uma área de 12.734 mil metros quadrados e dividido em quatro pavimentos, a unidade conta com 169 leitos, distribuídos nas enfermarias de Clínica Médica, Cardiologia Clínica e Cirúrgica e Traumatologia-ortopedia, Unidade de Cuidados Intensivos, além de leitos de observação na emergência. O HDH realiza consultas, internações, procedimentos de diagnóstico (laboratório e radiologia) e atendimentos de urgência nas especialidades de Clínica Médica, Cardiologia Clínica e Cirúrgica e Traumatologia-ortopedia para pacientes adultos. O ambulatório é voltado para os pacientes egressos, ou seja, para pacientes que tinham sido internados e/ou estavam sendo acompanhados após atendimentos e cirurgias no próprio hospital. Sua área de abrangência é dez municípios da RMR e Litoral Sul, incluindo Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Sirinhaém, Jaboatão dos Guararapes, Escada, Primavera, Barreiros, Tamandaré, Rio Formoso e São José da Coroa Grande. Cerca de 1,2 milhão de pessoas residem nessa região.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados se deu entre fevereiro e julho de 2022. Os dados foram coletados pela equipe corporativa da OS, por meio de visitas realizadas às unidades, e inseridos em planilhas de monitoramento da OSS, utilizando como instrumento uma planilha de Excel.

4.5 Unidade de Análise

Os três hospitais foram escolhidos por serem gerenciados pela mesma OSS, por fazerem parte do contrato de gestão e terem número de leitos semelhantes além de disporem de recursos financeiros proporcionais ao serviço ofertado. Foram analisados os relatórios gerenciais dos três hospitais, bem como suas unidades físicas.

4.6 Variáveis do estudo

As variáveis da pesquisa são: Infraestrutura, gestão, técnico operacional, segurança e risco.

4.7 **Análise de dados**

Os dados foram compilados em planilhas de excel, e nelas foram aplicados filtros a fim de consolidar os dados mais importantes voltados ao cumprimento dos objetivos do TA.

4.8 **Aspectos Éticos**

De acordo com a Resolução CNS 510/2016, esta pesquisa não precisou passar pela avaliação do sistema CEP/CONEP, porque utilizou informações de acesso público, nos termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011 (inciso I e II).

5. RESULTADOS

Levando em consideração que as unidades e setores voltados às atividades potencializam o desenvolvimento e a execução de atividades, com consequente melhoria do desempenho gerencial e assistencial das organizações, este estudo pretendeu monitorar a administração/gestão das unidades, por meio da verificação das estruturas e processos das organizações de saúde na gestão hospitalar.

A tabela 1 demonstra a identificação e o mapeamento, ou seja o monitoramento, dos indicadores de gestão implantados para a avaliação de estrutura e processos das áreas administrativas dos hospitais, para mostrar os resultados obtidos no estudo proposto.

Tabela 1 – Consolidados do resultado das ferramentas de gestão. Recife. 2022

Total de Itens Avaliados e Resultado Global													
PROCESSOS	NÍVEL	Infraestrutura			Gestão			Técnico Operacional			Segurança e Riscos		
		TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO
1 Contratos	I	15	6	9	45	13	32	62	44	18	39	32	7
	II	0	0	0	9	3	6	3	0	3	3	2	1
	III	0	0	0	13	3	10	0	0	0	6	4	2
2 Gestão de Acesso e Segurança Patrimonial	I	27	21	6	38	17	21	36	34	2	40	23	17
	II	0	0	0	6	0	6	0	0	0	3	0	3
	III	0	0	0	12	2	10	0	0	0	2	0	2
3 Gestão de Equipamento e Tecnologia Médico Hospitalar	I	27	15	12	45	35	10	54	47	7	53	30	23
	II	0	0	0	10	6	4	0	0	0	3	2	1
	III	0	0	0	15	8	7	0	0	0	6	4	2
4 Gestão de Infraestrutura	I	73	54	19	42	21	21	82	46	36	46	18	28
	II	0	0	0	8	5	3	0	0	0	2	0	2
	III	0	0	0	12	3	9	0	0	0	5	2	3
5 Gestão de Pessoas - Departamento Pessoal	I	15	13	2	44	26	18	175	148	27	18	17	3
	II	0	0	0	9	7	2	0	0	0	1	1	0
	III	0	0	0	15	12	3	0	0	0	2	2	0
6 Gestão de Pessoas - Medicina do Trabalho	I	24	14	10	43	26	17	60	51	9	50	39	11
	II	0	0	0	7	2	5	6	3	3	2	1	1
	III	0	0	0	12	8	4	0	0	0	4	2	2
7 Gestão de Pessoas - Recursos Humanos	I	24	19	5	45	25	20	83	40	43	34	26	8
	II	0	0	0	9	7	2	3	0	3	2	1	1
	III	0	0	0	15	12	3	0	0	0	4	2	2
8 Gestão de Pessoas - Segurança do Trabalho	I	30	21	9	53	35	18	87	67	20	54	44	10
	II	0	0	0	10	3	7	0	0	0	2	1	1
	III	0	0	0	10	5	5	0	0	0	6	4	2
9 Gestão de Resíduos - PGRSS	I	24	24	0				62	58	4			
	II	0	0	0				3	3	0			
	III	0	0	0				3	2	1			
10 Gestão de Suprimentos - Almoxarifado	I	45	39	6	37	32	5	114	106	8	54	33	21
	II	0	0	0	6	6	0	0	0	0	3	1	2
	III	0	0	0	9	9	0	0	0	0	5	1	4
11 Gestão de Suprimentos - Compras	I	18	18	0	42	36	6	59	51	8	46	45	1
	II	0	0	0	9	7	2	12	7	5	1	1	0
	III	0	0	0	12	10	2	0	0	0	3	3	0
12 Gestão e Liderança	I	20	19	1	84	58	26	80	49	31	43	33	10
	II	0	0	0	0	0	0	9	5	4	9	8	1
	III	0	0	0	0	0	0	9	7	2	6	6	0
13 Gestão Financeira	I	12	10	2	45	29	16	65	63	2	45	35	10
	II	0	0	0	8	7	1	0	0	0	1	0	1
	III	0	0	0	14	9	5	0	0	0	1	1	0
14 Gestão Financeira - Faturamento	I	14	12	2	41	35	6	62	60	2	46	42	4
	II	0	0	0	7	7	0	3	2	1	2	1	1
	III	0	0	0	12	12	0	0	0	0	5	3	2
15 Gestão Patrimonial	I	15	0	15	45	0	45	24	0	24	54	0	54
	II	0	0	0	9	0	9	0	0	0	3	0	3
	III	0	0	0	15	0	15	0	0	0	6	0	6
16 Higienização e Limpeza	I	27	26	1	45	42	3	78	73	5	55	41	14
	II	0	0	0	9	8	1	0	0	0	3	0	3
	III	0	0	0	15	15	0	0	0	0	6	2	4
17 Processamento de Roupa	I	38	36	2	43	38	5	76	59	17	54	18	36
	II	0	0	0	9	8	1	0	0	0	3	0	3
	III	0	0	0	11	7	4	0	0	0	6	0	6
18 Serviço de Atendimento ao Usuário	I	18	17	1	30	14	16	22	15	7	36	27	9
	II	0	0	0	6	2	4	0	0	0	1	0	1
	III	0	0	0	6	2	4	0	0	0	1	0	1
19 Serviço de Atendimento ao Usuário - Recepção e Telefonia	I	32	31	1	28	13	15	40	34	6	41	29	12
	II	0	0	0	6	3	3	0	0	0	2	0	2
	III	0	0	0	6	2	4	0	0	0	3	0	3
20 Tecnologia da Informação	I	35	22	13	52	23	29	84	42	42	70	36	34
	II	0	0	0	15	7	8	0	0	0	5	2	3
	III	0	0	0	18	3	15	0	0	0	9	3	6
Total Geral		533	417	116	1221	728	493	1456	1116	340	1015	628	387
Total de itens avaliados		4225	2889	1336									
Desempenho Global		68%											

Fonte: próprio autor

Na tabela 1, foram pontuados os pontos positivos, destacados em verde: aqueles cujas Unidades apresentam padrão satisfatório, que precisam ser mantidos, e onde não houve necessidade de intervenção, apenas de monitoramento. Os pontos destacados em vermelho são aqueles em desacordo com os critérios contidos no modelo de avaliação adotado (*checklist* do manual da ONA).

A ferramenta foi aplicada em 03 hospitais de grande porte, acima de 150 leitos (HPS 180, HMA 172 e HDH 163), com aproximadamente 1.200 colaboradores por Unidade, sendo entrevistados cerca de 100 profissionais ligados a gestão das áreas citadas na tabela 1.

A apresentação dos critérios de avaliação dos serviços, agrupados e categorizados conforme demonstrado na Tabela 1, em três grupos específicos: Infraestrutura, Gestão técnico operacional e Segurança e Risco. Foram identificados 20 critérios de processo para avaliação dos grupos citados. Ainda sobre a Tabela 1, a descrição dos níveis I, II, III significa (conforme a classificação da ONA), que o nível I, manteve o foco nos padrões e requisitos que envolvem segurança; o nível II é dedicado aos processos e à gestão integrada; já o nível III busca a excelência em gestão da instituição.

Quando realizamos as avaliações em termos percentuais, apresentaram avaliação **positiva (maior ou igual 50% por critério), marcados em VERDE**: Infraestrutura (78%), Gestão (60%), técnico operacional (77%) e Segurança e Risco (62%). E quando **menor que 50%, com avaliação negativa, marcados de VERMELHO**, temos a avaliação por critério: Infraestrutura (22%), Gestão (40%), técnico operacional (23%) e Segurança e Risco (38%).

No processo de avaliação da **Infraestrutura**, dos 20 critérios avaliados, 18 foram avaliados como positivos, sendo os demais avaliados como acima do índice de 50% os referentes a contratos e gestão patrimonial. Isto evidencia que ainda precisam ser trabalhado 24 pontos do nível I.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Áreas onde foram encontrados problemas e alternativas de solução:

Contratos: Apontados como pontos de atenção as áreas de infraestrutura e gestão.

Problemas: Infraestrutura: a) deficiência de espaço físico e organização (papéis, iluminação).

b) mudança proposta: Equipe orientada e monitorada mensalmente sobre os pontos.

Gestão: a) Ausência de planejamento, metas, acompanhamento dos contratos e padronização dos processos ; b). mudanças propostas: b.1 Redefinição de papéis; b.2 Resgate e reforço sobre o uso dos manuais de contratos e contratações; b.3 Curva ABC: Identificação das contratações e negociações por ordem de grandeza de valores gastos; b.4 Contratação de módulo de contratos para sistema informatizado; Acesso e segurança patrimonial.

Infraestrutura: Problemas: Gestão; Dimensionamento inadequado / planejamento / planos de melhoria / análise de não conformidades; Resultados: Headcount para apoio no dimensionamento e padronização das descrições de cargos e salários; Implantação de indicadores operacionais e discussão em fórum com lideranças, visando acompanhamento e planos de ação para melhoria. Medidas de controle para consumo de água, energia e gases medicinais.

Segurança e riscos (SESMT): Problemas: Praticamente todas as áreas entrevistadas desconheciam os planos e diretrizes para segurança do trabalhador; diversos planos e treinamentos obrigatórios desatualizados. Resultados: Controle efetivo dos exames periódicos; Reforço das políticas institucionais de segurança; Otimização dos recursos para formação das brigadas de incêndio (ao invés de ser descentralizado com cada Unidade contratando o seu profissional, centralizar; economia estimada em 260.000 sem prejuízos a operação)

Gestão Patrimonial. Problemas: Ausência de acompanhamento/ gestão dos bens e patrimônios que se encontram sob gestão da Unidade; Resultados: Aquisição de módulo de Gestão patrimonial via sistema informatizado. Alguns outros pontos também chamaram a atenção, mesmo não se encaixando entre os de maior criticidade (destacados em vermelho) e que geraram encaminhamentos para todas as áreas administrativas (pontos gerais): 1.1 Indicadores operacionais de gestão (adm/fin): Criado pelas gerências do NGC (Contabilidade, Controladoria, Contratos, T.I, Suprimentos e Infraestrutura) e discutido mensalmente em um fórum com lideranças operacionais das Unidades. 1.2 Resultado alcançado: Discussão extremamente enriquecedora, que aproximou as Unidades dos interesses institucionais, além da melhoria de processos e estratégias para otimização de recursos financeiros (ex: monitoramento diário do consumo de gases, buscando antecipar problemas relacionados a vazamento de

gases.). 2.1 POPs específicos para as áreas: Um dos pontos identificados para melhoria foi a padronização dos processos. Diante disso cada gerência ficou responsável por criar pops em conjunto com as Unidades e implantar esse material de forma que as Unidades apresentem os processos rigorosamente padronizados. 2.2 Resultado alcançado: Material produzido e implantado, o que torna o processo mais seguro, reduzindo o risco de falhas e erros. 3.1 Headcount: Estudo feito em parceria com a área de Recursos Humanos, que visa padronizar o quantitativo de funcionários, atividades realizadas e remunerações. 3.2 Resultados alcançados: Implantado organograma único para os hospitais, além de descrições de cargos definidas para todas as funções ligadas aos setores adm/fin, otimizando recursos humanos e financeiros (redução esperada 600k/ano, só com a 1 onda). Áreas específicas: Contabilidade: Uniformização e centralização das contas de provisionamento; Controladoria:

Um dos pontos encontrados em todas as Unidades, foi a dificuldade em demonstrar o controle efetivo de custos e acompanhamento de orçamento x realizado. Com esse diagnóstico, incluímos como plano de ação: Estruturar e padronizar centros e contas de custos; Utilizar a ferramenta MV Soul para planejamento e acompanhamento do orçado X realizado. Implantar, fortalecer e disseminar a gestão de custos dentro das Unidades com 01 profissional controller como responsável; T.I: De maneira geral, as Unidades apresentaram bons resultados, mas ainda carecem de alguns mecanismos de segurança, Resultados: Organização de rede lógica. Inventário do parque tecnológico. Hostnames (Segurança das informações e monitoramento em tempo real das máquinas).

Com relação à **Gestão**, dos 20, 16 critérios foram avaliados como positivos, frente a 04 critérios caracterizados como negativos, marcados em vermelho. Do total, 02 grupos foram classificados como nível II, ambos em Gestão de Pessoas, sendo Medicina do trabalho e de Segurança do Trabalho. A Gestão de Infraestrutura foi avaliada como nível III.

Ao analisar o critério **Técnico Operacional**, 19 critérios ficaram verdes, significando avaliação positiva; a Gestão Patrimonial apresentou um índice maior que 50%, e apresentou Nível II e III em Gestão de Pessoas – Recursos Humanos.

Com relação a **Segurança e Riscos**, 19 critérios ficaram verdes, com exceção da Gestão do Patrimônio que ficou em vermelho. Ressaltamos a avaliação negativa no critério relacionado a Serviços de Atendimentos ao usuário, que nos itens Limpeza e Higienização, Recepção e Telefonia ficaram abaixo do índice estipulado nos níveis II e III. O mesmo ocorreu com Tecnologia da Informação.

No que concerne à melhoria dos indicadores do serviço, alguns pontos deficitários devem ser levados em consideração: para a área de gestão, especificamente nos setores de

contratos, serviço de atendimento ao usuário e tecnologia da informação, o percentual para todos os níveis esteve abaixo do índice utilizado como parâmetro de avaliação (50%); esta mesma análise também aplica-se à área de segurança e riscos, para os setores de gestão de infraestrutura, bem como processamento de roupa. Levando em consideração outros pontos que receberam avaliação positiva para o nível I, porém não alcançaram o valor mínimo para os itens II e III, destacam-se os seguintes setores: Gestão de Acesso e Segurança Patrimonial, Gestão de Suprimentos – Almoxarifado, Higienização e Limpeza, Serviço de Atendimento ao Usuário, Serviço de Atendimento ao Usuário - Recepção e Telefonia, assim como a parte de Tecnologia da Informação.

Traz a avaliação de que, para potencialização do desempenho da instituição, a proposta de adequação ao monitoramento e gestão baseada nos indicadores elencados, é uma composição que sugere o êxito na proposta visto que analisa o desempenho dos setores administrativos, financeiros, e de ensino e pesquisa dos referidos hospitais.

Para que fosse possível compreender o funcionamento da gestão hospitalar por organizações sociais de saúde alguns aspectos foram considerados relevantes. Como modelo de gestão implantamos um monitoramento presencial, in loco, em cada uma das unidades mensalmente, e trimestralmente fizemos reuniões juntando as três unidades. Em todos estes momentos as unidades apresentaram os indicadores sugeridos, e passo a passo discutiu-se não só o resultado, mas formas de melhorarmos cada tópico.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo se propôs a endereçar o seguinte questionamento: As unidades com gerenciamento hospitalar desenvolvidas no âmbito de uma OSS buscam maior eficiência gerencial na prestação dos serviços nos hospitais públicos? A resposta para esta questão foi buscada por meio da análise de estrutura e processos das áreas administrativas de 3 hospitais administrados por uma mesma OSS. A realização do presente trabalho permitiu mostrar que os indicadores elencados e aplicados mostram alguns resultados satisfatórios nessas unidades.

Assim, em relação aos objetivos, a avaliação da estrutura e dos processos mostraram que os indicadores utilizados são adequados para monitoramento. Especificamente em relação à infraestrutura e aos fluxos identificamos que os processos elencados forneceram uma boa avaliação da infraestrutura, dos fluxos e permitiram implementar readequações durante a aplicação do método.

A equipe se mostrou receptiva e motivada à implantação e mostrou adesão ao processo de monitoramento. Os gestores destacaram a relevância dos indicadores de processo para o melhor desempenho da gestão.

Como se trata de um trabalho aplicado, o que foi realizado no hospital após a avaliação empreendida, foi o início da mudança de cultura institucional, conduzindo a melhor desempenho da gestão.

A problematização conjunta dos principais achados e a troca de experiências sobre implantação de atividades exitosas entre avaliadores, gestores e equipes locais foi implantada para facilitar a execução do modelo de gestão, vista a *expertise* dos gestores envolvidos. Implantamos também o comitê administrativo-financeiro, *in loco*, para que esta otimização aconteça; ele vem se mantendo com bons resultados. Implantou-se uma diretoria interdisciplinar para que a gestão dos profissionais possa ter uma atenção, um olhar mais próximo e com isso novos projetos sejam desenvolvidos, incluindo novos indicadores de monitoramento.

A sede corporativa da Fundação Gestão Hospitalar mantém contato direto com a direção geral das unidades, e com as demais diretorias que compõem o núcleo gestor local. A diretoria de ensino e pesquisa junto a este grande núcleo gestor promove treinamentos e capacitações para desenvolvimento de competência e habilidade em gestão, e dos processos de trabalhos. E a diretoria médica vem com um novo olhar de melhoria da assistência e otimização de exames e procedimentos adequando-se ao proposto pelo contrato de gestão, que é o atendimento com qualidade e resolução dos procedimentos de alta complexidade.

Assim, realizado o estudo, é possível enxergar que o monitoramento exposto (uma avaliação por meio do instrumento de avaliação da ONA) é uma ferramenta aparentemente adequada para avaliação de estrutura e processos das áreas administrativas em hospitais, capaz de identificar condições de infraestrutura e fluxos de funcionamento dos serviços administrativo, de caracterizar os serviços administrativos quanto a equipe, atividades realizadas e processos descritos e propor indicadores de processo e respectiva análise crítica a partir das causas identificadas.

7 COMENTÁRIOS FINAIS

Assim, a avaliação das áreas contribui com o planejamento e a preparação para a ação. Isto permite sugerir que este instrumento pode ser útil, se não para realizar uma avaliação externa do serviço, pelo menos para realizar uma avaliação interna. Trata-se de um instrumento pronto e validado. Assim, embora não fosse este um objetivo do estudo, o instrumento se mostrou de utilidade para gestores

A forma de contratualização existente entre o Estado e uma instituição qualificada como OSS pode se assemelhar muito a uma gestão pública direta se o contrato estabelecido entre as partes não for eficiente de modo a garantir o gerenciamento dos recursos com maior qualidade e melhor utilização do recurso financeiro para produzir uma assistência mais eficiente. À unidade hospitalar gerida por OSS cabe a execução adequada dos processos e o compromisso de publicização das atividades que realiza; e ao Estado, e contratante, cabem a fiscalização e o controle sobre as metas que estipula como necessárias. As unidades aqui estudadas apresentam processos distintos na execução do serviço ofertado. Todas as normativas, legislações e práticas que acontecem em cada estado do país compreendem particularidades que fazem o mesmo modelo ser diferente na modalidade de gestão das OSS.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Uma das limitações do estudo foi, *a priori*, pelo fato de a análise ter sido realizada pela avaliação de cada unidade conforme o protocolo da ONA e não avaliar uma unidade em relação à outra. O fato de a avaliação ter sido realizada por uma equipe corporativa não é limitação, mas sim uma evidência do interesse da OSS em melhorar o desempenho das unidades sob sua gestão.

Como sugestão, ressaltamos que ainda existem poucos estudos sobre a gestão sob o olhar do monitoramento da infraestrutura e fluxos de funcionamento dos serviços administrativo, assim como sobre a necessidade de caracterizar os serviços administrativos quanto a equipe, atividades realizadas e processos descritos. Por isso são necessárias novas análises de experiências nessa modalidade de gestão em unidades hospitalares. É fundamental que a academia se aproprie desses registros e, por meio de ferramentas de ensino e pesquisa, possa contribuir para novas direções da gestão em saúde. Precisamos dar continuidade ao processo que vem sendo desenvolvido e a novas alternativas e propostas que venham a contribuir com o SUS, de maneira a trazer viabilidade à gestão. Diante do exposto consideramos as organizações sociais em saúde como uma alternativa importante

9 REFERÊNCIAS

BARBOSA, Antônio Pires; MALIK, Ana Maria. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. **Revista de Administração Pública**, v. 49, p. 1143-1165, 2015.

BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2483-2495, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde**. – 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista da Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 391-409, abr. 2008.

CARPANEZ, Luciana Reis; MALIK, Ana Maria. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1289-1298, 2021.

CARVALHO, Osório Dias. **Parcerias Público-privadas como Instrumento de Implementação de Políticas públicas**. 2014. 336 f. Tese (Doutorado) - Curso de Administração, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (Face), Brasília, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. CNS, 2019. acesso em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

FERREIRA JUNIOR, Walter Cintra. **Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas: um estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde**. 2004. Tese de Doutorado.

KUHN, André; HECKERT, Cristiano Rocha; ROCHA, Marcelo Souza. **MANUAL DE GESTÃO DE CONTRATOS - NUCLEP**. Brasília: Protege, 2018. 131 p.

LEITE, Adriana Maria Gomes Nascimento. **ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E CONTROLE EXTERNO: uma análise a partir do tribunal de contas de Pernambuco**. 2014. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

LIMA, Sheyla Maria Lemos. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública**, v. 30, n. 5, p. 101 - 138, 1996.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MASSUDA, Adriano; BIGONI, Alessandro; PASCHOALOTTO, Marco Antônio; TASCA, Renato. Rumos para um sistema de saúde resiliente. **GV-Executivo**, v. 21, n. 2, p. 22-29, 2022.

MASSUDA, Adriano; MALIK, Ana Maria; VECINA NETO, Gonzalo; TASCA, Renato; FERREIRA JUNIOR, Walter Cintra. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. **Cadernos Ebape.Br**, São Paulo, v. 19, p. 735-744, dez. 2020.

MELO, Paulo Hibernon Pessoa Gouveia. **Organizações sociais em Pernambuco: o desenho institucional de controle externo sobre os contratos de gestão**. 2012. 100 f. Mestrado (dissertação) – Curso de Mestrado em Administração Pública, Rio de Janeiro, 2012.

Ministério da Saúde. **O Sistema público de saúde brasileiro. Seminário Internacional – Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf.

Ministério da Saúde. **O Sistema público de saúde brasileiro. Seminário Internacional – Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas.** Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política Nacional de Normalização. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MORAES, Sarah Maria Escorel. O movimento médico: movimento dos médicos residentes e movimento de renovação médica. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**, Rio de Janeiro, p. 89-110, 1999.

OSBORNE, David; GAEBLER, Ted. **Reinventando o Governo.** 8. ed. Brasília: MH Comunicação, 1992. 23 p.

PAIM, Jairnilson Silva; TRAVASSOS, Claudia Maria de Rezende, Almeida, Celia Maria de; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [S.L.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, maio 2011. Elsevier BV.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PIETRO, Maria Sylvania Zanella di. **Direito Administrativo.** 17. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

RAVIOLI, Antônio Franco; SOÁREZ, Patrícia Coelho De; SCHEFER, Mário César. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão da narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 1-16, 2018.

SANTANA, Leonardo Ferreira de. **Análise do desempenho dos serviços prestados através das organizações sociais de saúde no estado do Rio de Janeiro**. 2015. 118 f. Tese (Doutorado) – Curso de Administração, Rio de Janeiro, 2015.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 861-870, 2018.

Silva, Kaline Polyana Serafim da. **Investimentos no Sus no período de vigência dos blocos de financiamento: panorama dos estados nordestinos**. 2019. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, Vitória de Santo Antão, 2019.

TASCA, Renato; CARRERA, Mariana Baleeiro Martins; MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria César; BIGONI, Alessandro; COSTA, Cinthia Ferreira, et al. Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 15-32, 2021.

Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. **Saúde. Relatório de contas do Governo. Divisão de contas dos poderes estaduais**. Recife, PE, 2012 [acesso 2012 Dez 4]. Disponível em: <http://www.tce.pe.gov.br/internet/index.php/2012contas/finish/93-2012/574-gestao-fiscal-2012>

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, BOUSQUAT, Aylene, MELO, Guilherme Arantes, NEGRI FILHO, Armando de, MEDINA, Maria Guadalupe. Regionalização e redes de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 23. n. 6. p. 1791-1798. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>

Vinha, Iris Renata. **Vícios e virtudes: estudo de caso do modelo de gestão por Organização Social de Saúde e seus determinantes no município de Mauá – São Paulo**. 2020. 80 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Administração. São Paulo, 2020.

VIOL, Paulo Vinícius Souza. **Avaliação de desempenho de unidades de saúde, sob gestão de organização social de saúde**. 2018. 68 f. Tese (Doutorado) - Curso de Administração. São Paulo, 2018

VIOLIN, Tarso Cabral. Da Administração Pública patrimonialista à Administração Pública gerencial e a burocracia. **A&C Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, v. 30, p. 1-254, dez. 2007.

Total de itens avaliados	
Desempenho Global	69%