ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

JOSÉ FRANCISCO MILAGRES RABELLO

CONSIDERAÇÕES SOBRE A GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE: O CASO DO HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL (HEC)

VITÓRIA
2018

JOSÉ FRANCISCO MILAGRES RABELLO

CONSIDERAÇÕES SOBRE A GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE: O CASO DO HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL (HEC)

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz.

VITÓRIA
2018

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

Rabello, José Francisco Milagres.
R114c Considerações sobre a gestão de organizações sociais de saúde : o caso do Hospital Estadual Central (HEC) / José Francisco Milagres Rabello. - 2018.
283 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Albenes de Mendonça Cruz.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2018.

1. Gestão em saúde. 2. Hospitais - administração. 3. Serviços de saúde pública. 4. Saúde pública – Espírito Santo (Estado). I. Cruz, Carlos Albenes de Mendonça. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 362.11068

JOSÉ FRANCISCO MILAGRES RABELLO

CONSIDERAÇÕES SOBRE A GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE: O CASO DO HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL (HEC)

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Área de concentração: Políticas de Saúde.

Aprovada em 29 de agosto de 2018.

BANCA EXAMINADORA

_____
Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz
Orientador - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM

_____
Profª. Drª. Silvia Moreira Trugilho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia - EMESCAM

_____
Prof. Dr. Rodrigo Cardoso Freitas
Faculdade de Direito de Vitória - FDV

À Branca Barbosa Milagres, que no decorrer de minha trajetória pessoal e profissional proporcionou-me além de carinho e amor, consideráveis lições de integridade e de perseverança.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos à estimada colega Rosane Ernestina Mageste, que com todo carinho colaborou para a realização deste trabalho, compartilhando, sobretudo, seu desmedido conhecimento sobre gestão hospitalar, bem como aos Professores que integram a equipe de Mestrado da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), em especial, à Professora Doutora Silvia Moreira Trugilho, pelo auxílio enveredado para a conclusão deste trabalho e aos amigos que contribuíram direta ou indiretamente para confecção desta pesquisa. Por fim, mas não menos importante, agradeço a solicitude, a prontidão e o suporte concedido pelo Doutor Anselmo Dantas que muito cooperou como consultor técnico desta pesquisa.

“O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são”.

(Aristóteles)

RESUMO

A partir da década de 1990, em razão de um contexto de limitações de recursos do Estado para o financiamento de serviços essenciais à população foram implantadas novas formas de administração pública, dentre as quais se insere a gestão por organização social. O presente trabalho propõe a análise do processo de implantação das organizações sociais na seara da saúde como forma de política pública e de alternativa de gestão, a partir do caso do Hospital Estadual Central (HEC), localizado no município de Vitória. A pesquisa foi do tipo estudo de caso único, de abordagem qualitativa, exploratória, retrospectiva de análise documental. Examinou-se qualitativamente os documentos relacionados à implantação do modelo de gestão hospitalar por organização social no Hospital Estadual Central (HEC), tomando por base a situação inicial e a evolução do modelo numa linha de tempo entre o ano de 2009 ao ano de 2015, período em que a referida unidade hospitalar esteve sob a gestão da Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (Pró-Saúde) e da Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC), sendo que a última ainda gerencia o referido hospital até a conclusão deste estudo. Buscou-se contextualizar o surgimento do modelo de organização social, diante do cenário dos processos reformistas da década de 1990, bem como identificar as motivações que orientaram o Estado do Espírito Santo a optar por este modelo de gestão para administração do HEC, bem como as vantagens e as desvantagens do modelo propriamente dito, na forma de raciocínio dialético. Assim, foram explicitados os pontos fortes, bem como os problemas oriundos deste tipo de gestão, tendo sempre como norte os princípios orientadores do Sistema Único de Saúde. Restou demonstrado que a busca pela melhoria da gestão da saúde está em evolução constante e o processo de assistência à saúde requer agilidade e eficiência para o alcance dos objetivos. Os resultados apontam pelo uso de modelos organizacionais que atendam os princípios do SUS, pelo que não se descarta a gestão por outros modelos, tais como, serviço social autônomo, autarquias, fundações de direito privado, empresa pública e também o modelo de organização social. De outra sorte, não se verificou diante dos documentos pesquisados indícios de efetiva participação popular, apesar de existir previsão expressa nos diplomas legais analisados. Sugeriu-se a melhoria contínua no monitoramento, controle e acompanhamento dos contratos de gestão, utilizando-se as melhores práticas adotadas no mercado de saúde. Ainda, insinua-se a necessidade de editais de seleção mais completos, como espécie de controle prévio, a fim de diminuir os riscos de contratações inadequadas. Esta dissertação está vinculada ao grupo de pesquisas de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, da linha de pesquisa em políticas públicas de saúde, área de concentração Políticas de Saúde, do Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

Palavras-chave: Políticas públicas. Saúde. Gestão em saúde. Organização Social. SUS.

ABSTRACT

Since the 1990s, because of an environment of limitations of state resources for financing services essential to the population, new forms of public administration have been implemented, among which is inserted the management through social organization. The present study aims to analyze the process of implantation of social organizations in the field of healthcare as a form of public policy and alternative management, based on the case of the Central State Hospital (*HEC*), located in the city of Vitória, ES, Brazil. It was a single, qualitative, exploratory case-study, using retrospective approach of document analysis. The documents related to the implementation of the hospital management model by social organization at the Central State Hospital (HEC) were qualitatively examined, based on the initial situation and the evolution of the model in a time line between 2009 and 2015. During this time the hospital was under the management of the *Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar* (Social Work and Hospital Care Beneficent Association) - Pró-Saúde; and the *Congregação de Santa Catarina* (Congregation of Santa Catarina Association) - ACSC, the latter still managed that hospital when this study was concluded. We sought to contextualize the emergence of the social organization model in the context of the reformist processes of the 1990s, as well as to identify the motivations that guided the State of Espírito Santo to opt for this management model for HEC administration, and also the advantages and disadvantages of the model itself, in the form of dialectical reasoning. Thus, the strengths, as well as the problems arising from this type of management were explained, always having the Brazilian Unified Health System (SUS) as a guiding principle. It has been shown that the search for better healthcare management is constantly evolving and the health care process requires agility and efficiency to reach its goals. The results point to the use of organizational models that comply with the principles of SUS, so that management cannot be ruled out by other models, such as autonomous social work, autarchies, private law foundations, public companies, and also the model of social organization. However, there was no evidence of effective popular participation in the documents examined, even though there is express provision in the legal documents analyzed. The study suggests continuous improvement in the monitoring, control and follow-up of management contracts, using the best practices adopted in the healthcare market. Also, there is a need for more complete selection calls, as a type of prior control, in order to reduce the risks of inadequate hiring. This dissertation is linked to the Public Policies and Local Development (*Políticas Públicas e Desenvolvimento Local*) research group, of the research line public health policies, of the Health Policies area, in the Strictu Sensu Postgraduate Program of the Higher School of Sciences at the Holy House of Mercy in Vitória (*Programa de Pós-Graduação strictu sensu da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória*) - EMESCAM.

Keywords: Public Policies. Health care. Healthcare Management. Social Organization. SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSC – Associação Congregação de Santa Catarina

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CF – Constituição Federal

EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

FHES – Fundação Hospitalar do Estado do Espírito Santo

HEC – Hospital Estadual Central

IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IESP– Instituto Estadual de Saúde Pública

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MARE– Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

NGP– Nova Gestão Pública

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSS – Organização Social de Saúde

PDRAE – Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....10
2 METODOLOGIA.....18
3 A TRAJETÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E O SURGIMENTO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS.....22
4 AVALIAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE.....35
5 O CASO DO HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL (HEC).....63
5.1 DO PERFIL E DAS CARACTERÍSTICAS DO HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL (HEC).....68
5.2 CONTRATO DE GESTÃO Nº 001/2008 FIRMADO COM A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR - PRÓ-SAÚDE.....69
5.3 CONTRATO DE GESTÃO Nº 331/2011 FIRMADO COM A ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CATARINA.....76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....85
REFERÊNCIAS.....89
APÊNDICE.....96
ANEXOS.....97

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, propagaram-se reformas administrativas em diversos países apoiados nos ideais no que se denomina ”Nova Gestão Pública” (NGP), “Administração Gerencial”, “Novo Gerencialismo”, “Reforma Gerencial”.

Nessa perspectiva, verifica-se que o ponto comum dessas reformas diz respeito ao fato de terem sido implementadas com o objetivo de superar as dificuldades gerenciais e organizacionais existentes no setor público (COSTA, 2002).

Tratam-se, pois, de reformas que provocaram significativos impactos gerenciais que, por consequência, culminaram na adoção, ainda que em parte, de novos modelos administrativos e padrões de organização do setor público. Além disso, importante anotar que as reformas administrativas também foram responsáveis por impactos na legislação, nos regulamentos e, sobretudo, na adoção de novos procedimentos de trabalho.

Com efeito, oportuno registrar, para fins deste estudo, a diferença entre reforma e modernização administrativa. Para Torres (2004), a reforma administrativa implica o implemento de um conjunto de políticas voltadas para a retomada da performance e da qualidade dos serviços públicos.

Por outro lado, a modernização administrativa se insere dentre do conceito de reforma administrativa como forma de aperfeiçoamento das estruturas administrativas e institucionais do aparelho do Estado. Nessa linha, destaca-se que os processos de modernização administrativa vêm sendo acompanhados pela evolução da administração pública enquanto área de conhecimento, na medida em que os momentos políticos paradigmáticos determinam modelos de gestão pública (FADUL; SOUZA, 2005).

No campo teórico e conceitual, o estudo ora irá se referir às reformas administrativas, ora aos processos de modernização administrativa, ou seja, ora irá fazer uso do conceito generalista para apontar que as reformas administrativas aqui discorridas acarretaram modificações estruturais no aparelho do Estado, ora irá

utilizar o conceito de modernização administrativa que se enquadra como forma de reforma administrativa, conforme visto.

Assim, implementadas inicialmente em países anglo-saxônicos (Estados Unidos, Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia), as reformas da “Nova Gestão Pública” puderam ser divididas em duas ondas distintas: a “primeira onda”, em 1980, foi marcada pelo ajuste estrutural das economias em crise, daí porque foram implementadas medidas de privatização, liberalização do comércio e de ajustes fiscais. A “segunda onda”, a partir dos anos 1990, foi direcionada às transformações de caráter institucional (BRESSER PEREIRA, 2000).

Com o objetivo de estabelecer novas regras e reconfigurar a Administração Pública ao Estado neoliberal, a “Nova Gestão Pública” previa, em síntese, a propagação da lógica do privado, ou seja, a Administração Pública deveria introduzir modelos e práticas privadas à gestão pública, o abandono do modelo burocrático que imperava nos serviços públicos, bem como propunha o enquadramento do cidadão como cliente da Administração.

Ademais, aliada às justificativas associadas ao fim do *Welfare State* e à sobrecarga do Estado em virtude da expansão das funções econômicas e sociais, a Reforma gerencial visava reestruturar os núcleos do Estado. Isso porque apesar das inúmeras atividades assumidas pelo Estado, com o intuito de mitigar as distorções originadas no período do Estado Liberal, não se alcançava a eficiência nos serviços.

Nessa toada, a “Nova Gestão Pública” estava centrada nos objetivos que deveriam ser atingidos pelo administrador público em cada unidade administrativa, além disso a busca pela eficiência passou a ser essencial ao novo modelo de gestão.

No Brasil, as reformas gerenciais iniciaram-se em meados da década de 1990 e foram impulsionadas pelos ideais do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), apresentado pelo extinto Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE).

Esse processo reformista em que se inseriu o governo brasileiro tinha como estratégia a reorganização da máquina estatal no sentido de uma Administração Pública gerencial, tendo como tripé os dogmas da eficácia, da efetividade e da eficiência. Feito luva encomendada, segue lição de Bresser Pereira (1998, p. 206):

> a "Nova Gestão Pública" busca a reformulação das estruturas governamentais para adequá-las à conjuntura mundial globalizada, em que o mercado é reconhecido como instrumento privilegiado de alocação de recursos e o cidadão, por sua vez, é encarado como cidadão-consumidor. Preconiza a redução do aparelho do Estado, seu afastamento das áreas de produção de bens e de serviços, por meio da privatização das empresas estatais, e a transferência para organizações do Terceiro Setor das atividades consideradas não exclusivas do Estado, mas que precisam ser por este financiadas na formam de relacionamento sob a égide contratual.

Fato é que, segundo o pensamento neoliberal, o modelo de Administração Pública vigente no Brasil já não se amoldava perfeitamente às demandas sociais, pelo que foi esboçado novo paradigma que encampou princípios característicos das relações privadas à gestão pública.

Além disso, as medidas reformistas estabeleceram novas diretrizes para Administração Pública brasileira à proporção que redefiniram o papel do Estado, o qual não teria mais responsabilidade direta no desenvolvimento social e econômico, restringindo sua atuação para financiamento e regulação das atividades. Nesse quadro,

> o objetivo da Reforma Gerencial do Estado é promover a modernização e flexibilização da gestão pública, otimização dos recursos públicos, melhoria da eficiência, garantia de transparência e controle social sobre ações dos agentes públicos, adaptação da prestação de serviços à realidade do setor, foco nos resultados – em detrimento dos processos – e previsão da divisão dos serviços públicos em duas categorias: exclusivo do Estado (polícia, regulação e fiscalização) e não exclusivos (saúde, pesquisa, ensino e cultura) (SOUZA; ALMEIDA, 2010, p. 03).

Assim, seguindo esta ideia estreita acerca do papel do Estado, caberia a este se ater às funções essenciais, de modo que as políticas públicas, os serviços sociais, tais como, saúde, educação e assistência social deveriam ser desempenhados pelo setor privado. Na concepção de Elias e Júnior (2003, p. 222):

> no caso do setor da saúde, essas reformas preconizam a restrição do Estado como prestador de serviços, cingindo-se à função de regulador e provedor de serviços básicos à população, deixando ao mercado a responsabilidade dos serviços mais especializados e de alta complexidade.

Nessa linha, o objetivo era firmar a existência de um Estado mínimo, nos moldes da proposta neoliberal. Dito de outro modo, era preciso diminuir o gasto com o social, rechaçar a ineficiência pública (com novos processos de gestão no interior da administração pública) e transferir para a iniciativa privada a realização dos serviços públicos considerados não exclusivos. Neste sentido,

> a reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia. Somente assim será possível promover a correção das desigualdades sociais e regionais (…). É preciso, agora, dar um salto adiante, no sentido de uma administração pública que chamaria "gerencial", baseada em conceitos atuais de administração e eficiência (…). É preciso reorganizar as estruturas da administração com ênfase na qualidade e na produtividade do serviço público (MARE, 1995, p. 07).

Dentro desse contexto reformista, foi criada, em âmbito federal, a figura jurídica das organizações sociais como modelo alternativo de gestão (medida provisória nº 1648-7 de 23 de abril de 1998, convertida na Lei 9.637 de 15 de maio de 1998).

Segundo Bresser Pereira (2008), o modelo viabilizava a delegação de atividades-fim, por meio de contrato de gestão, às organizações sociais, sem que o Estado fosse eximido de responsabilidades relativas à fiscalização, ao controle e aos resultados.

Para Carneiro Júnior e Elias (2003), a justificativa do implemento do modelo de gestão por organizações sociais foi justamente o contexto de restrição financeira do Estado para arcar com responsabilidades relativas à contratação de recursos humanos, além disso os autores apontam a ineficiência do Estado no que se refere às demandas por adaptação e reformulação dos procedimentos burocráticos para atender às demandas sociais existentes.

Nesse cenário, a gestão por organizações sociais foi implementada pela União em diversas áreas vinculadas à ciência e tecnologia (Associação Instituto de Matemática Pura e Aplicada - IMPA), à educação e cultura (Associação de Comunicação Educativa Roquette Pinto - ACERP), ao meio ambiente (Associação Brasileira para o Uso Sustentável da Biodiversidade da Amazônia - BIOAMAZÔNIA)

e, inclusive, áreas atreladas à seara da saúde, com o objetivo de gerir os serviços de saúde com maior autonomia gerencial e eficiência.

Além disso, em razão dos novos ajustes entre o Estado e a iniciativa privada surgiram, além do modelo de organização social, outras inovações legislativas com o objetivo de ampliar a participação privada, principalmente, na área da saúde. Nesse sentido, destaca Mânica:

> em solo pátrio surgiram inovações legislativas que objetivaram ampliar participação privada no setor de saúde, por meio de vínculos com entidades sem fins lucrativos. Dentre elas, podem-se citar a Lei federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, conhecida como Lei das Organizações Sociais (OSs) e a Lei federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, conhecida como Lei das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). Mais recentemente, foi editada a Lei federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, conhecida como Lei das Parcerias Público-Privadas (PPPs), a qual também prevê a possibilidade de concessão à iniciativa privada, neste caso com fins lucrativos, da prestação de serviços de saúde. Assim, criaram-se novos modelos de ajuste com o Poder público que preveem a participação privada nas atividades de assistência à saúde – além dos contratos de direito público e convênios mencionados expressamente no parágrafo primeiro do artigo 199 da Constituição Federal como vínculos aptos a disciplinar a participação privada em tais serviços (MÂNICA, 2009, p. 06).

Na seara da saúde, é cediço que a transferência da administração de hospitais públicos para as organizações sociais de saúde (OSS) constitui situação um tanto quanto desafiadora, já que a opção pela gestão por organizações sociais, por vezes, é alvo de objeções, daí porque o foco deste estudo está direcionado à identificação das motivações que levaram os parceiros envolvidos a firmar esta nova forma de contratualização, bem como acerca das vantagens ou desvantagens oriundas desta forma de gestão.

Além disso, pretende-se analisar esta experiência sob a ótica dos processos de Reforma do Estado, com ênfase na reforma do Setor da Saúde e nas mudanças nas estruturas administrativas e organizacionais ocorridas na década de 1990.

Destaca-se a particular importância do estudo, uma vez que a parceria entre o Estado e as entidades não estatais, através de um contrato de gestão, representa uma alternativa em que a gerência dos serviços de saúde é desenvolvida com

autonomia administrativa, financeira, com foco nos resultados e na satisfação do usuário, aliada a maior racionalização dos recursos e controle de resultados.

Assim, interessa analisar se a experiência de gestão por organizações sociais de saúde consegue conjugar elementos capazes de fomentar a eficiência e a agilidade dos serviços públicos, garantindo a equidade no acesso aos serviços de saúde, de modo a complementar a atuação puramente estatal.

Nesse contexto, objetiva-se saber, por intermédio do presente estudo, se a gestão da saúde por meio de organizações sociais pode contribuir para a assistência hospitalar pública do Estado do Espírito Santo, avaliando particularmente, o Hospital Estadual Central (HEC) a partir de dados sobre infraestrutura, recursos humanos, repasses financeiros, fiscalização e controle de metas, com respaldo em relatórios emitidos pela organização social de saúde, Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (PRÓ-SAÚDE), pela organização social de saúde, Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC), bem como pela Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo (SESA), no período de 2009 a 2015.

Dessa maneira, toma-se como referência de análise o primeiro contrato de gestão firmado entre o Estado do Espírito Santo e a Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (PRÓ-SAÚDE) e, posteriormente, o segundo contrato entabulado entre o Estado do Espírito Santo e a Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC), frente aos objetivos de melhoria na assistência hospitalar especializada oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2009 a 2015.

Esclareça-se que o objetivo geral do estudo concentra-se em verificar se a gestão por meio das organizações sociais de saúde pode contribuir para a assistência hospitalar pública no Estado do Espírito Santo, garantindo, em última análise, maior eficiência na oferta dos serviços públicos de saúde.

De outra banda visa-se, dentre os objetivos específicos, identificar os fatores motivadores e as justificativas por parte do Estado do Espírito Santo para implementar o modelo de gestão por organizações sociais de saúde (OSS); verificar, por meio de estudo de caso, a eficácia da gestão do Hospital Estadual Central

gerenciado por organização social de saúde, expondo os resultados alcançados (indicadores, estrutura, recursos, assistência prestada, processos de trabalho) durante a gestão, num recorte temporal de 2009 a 2015 e, por fim, busca-se avaliar os impactos da administração por organização social de saúde (OSS) na saúde pública, especialmente, em relação à efetivação dos princípios consagrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tais como, universalidade e integralidade.

A pesquisa é do tipo estudo de caso único, de abordagem qualitativa, exploratória, retrospectiva de análise documental. Examinou-se qualitativamente os documentos relacionados à implantação do modelo de gestão hospitalar por organização social no Espírito Santo, no Hospital Estadual Central e a evolução do modelo numa linha de tempo entre 2009 a 2015.

A relevância social do presente estudo se justifica principalmente porque nos dias atuais o modelo de gerenciamento hospitalar por intermédio de organizações sociais de saúde representa medida de gestão que vem sendo implantada sistematicamente na área da saúde em diversos estados brasileiros, motivo pelo qual o estudo poderá servir de base para análises deste modelo.

Dessa forma, considerando que o incremento desse tipo de gestão já faz parte da realidade brasileira nos últimos anos, a começar pelo estado de São Paulo – vanguarda no implemento do modelo de organizações sociais de saúde – é evidente a importância do estudo, sobretudo, quanto aos impactos propagados na área da saúde.

Vale ressaltar, inclusive, que o presente estudo não deixa de ser uma forma de operacionalização de uma política pública voltada à saúde, já que a experiência de gestão por organização social de saúde vem sendo colocada como alternativa para o gestor público na condução da assistência à saúde.

Nessa perspectiva, o presente trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo aborda breve retrospectiva histórica, considerando aspectos relevantes na gestão da saúde pública. Ademais, contempla breve escorço histórico sobre o surgimento das organizações sociais, considerando, sobretudo, o processo

de Reforma Sanitária e os processos de reforma administrativa do Estado, os quais propiciaram as bases para o surgimento das organizações sociais como ferramenta de gestão.

No segundo capítulo expõe-se estudo aprofundado sobre as organizações sociais, oportunidade em que serão expostas as vantagens e desvantagens do modelo de Organizações Sociais de Saúde.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia adotada para a realização da pesquisa.

O capítulo quarto, por sua vez, abordará estudo de caso, envolvendo a gestão de uma unidade hospitalar do Estado do Espírito Santo, qual seja, o Hospital Estadual Central (HEC), localizado no município de Vitória, que em 2009 esteve sob a gestão da Organização Social de Saúde, Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (PRÓ-SAÚDE) e, desde o ano de 2011, encontra-se gerenciado pela Organização Social de Saúde, Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC).

Ademais, ainda, no quarto capítulo, são apresentados e discutidos os resultados deste estudo, com a devida contextualização em relação ao referencial teórico anteriormente apresentado, ou seja, busca-se verificar se a gestão por organização social de saúde proporciona melhoria na assistência hospitalar pública no contexto do Estado do Espírito Santo.

Por fim, são expostas as considerações finais desta pesquisa, na medida que se revela as conquistas e os desafios futuros da gestão por organização sociais de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, com análise documental, considerando-se a situação inicial de implantação do modelo de gestão hospitalar por organização social no Espírito Santo no Hospital Estadual Central, ou seja, no contexto do ano de 2009 até o ano de 2015.

Assim, a partir dos pressupostos estabelecidos na legislação que trata dos contratos de gestão entre o poder público e uma organização social, analisa-se seus efeitos em linha com os objetivos consagrados do SUS, bem como com os objetivos e metas inseridos nos respectivos contratos (contratos 001/2008 e 331/2011) no ano A (2009) e no ano B (2015).

Como categorias analíticas nesse estudo de caso avaliaremos a adequação à legislação estadual sobre organizações sociais, assistência; resultados alcançados; recursos recebidos; recursos empregados.

Dito isto, passa-se a tecer considerações sobre a relevância de um estudo de caso (Stake, 2005).

Um elemento fundamental é a delimitação da pesquisa no formato de estudo de caso. Registra-se que esta é definida pelo interesse do caso e não pelos métodos de pesquisa utilizados. A pergunta epistemológica que Stake coloca é: O que podemos aprender do caso?

Stake enfatiza desenhar o estudo para otimizar a compreensão do caso, ao em vez de generalizar além do caso. No entanto, do ponto de vista qualitativo, existe a possibilidade de generalizar a partir da experiência com um caso específico, não obtida por meio da validade externa, e sim, por meio de uma “generalização naturalista”, validade interna.

A pesquisa ganhará credibilidade por meio da triangulação das descrições e interpretações continuamente ao longo do estudo. A meta é criar “descrições substantivas” ou uma compreensão total, completa, do caso para ajudar os outros a

entender e julgar seu valor. Quando o caso é crítico, para testar uma hipótese ou teoria previamente explicada.

Segundo Yin (1984), o estudo de caso é indicado quando o caso é extremo ou único; quando o caso é revelador e o pesquisador tem acesso a uma situação ou fenômeno até então inacessível à investigação científica e, por fim, em etapas exploratórias na pesquisa de fenômenos pouco investigados ou como estudo-piloto para orientar o design de estudos pilotos de casos múltiplos.

Com efeito, optou-se pelo estudo de caso como proposta metodológica capaz de contemplar a investigação empírica dentro de seu contexto real. Para Diniz (1999, p. 46),

> o estudo de caso é usado quando se deseja analisar situações concretas, nas suas particularidades. Seu uso é adequado para investigar tanto a vida de uma pessoa, quanto à existência de uma entidade de ação coletiva, nos aspectos sociais e culturais.

Do mesmo modo, complementa Martins (2008, p. 11), ao afirmar que:

> [...] mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado, o estudo de caso possibilita a penetração em uma realidade social, não conseguida plenamente por um levantamento amostral e avaliação exclusivamente quantitativa.

Nesse viés, o estudo de caso trata-se de uma estratégia de pesquisa por meio da qual o pesquisador se concentra sobre determinado caso escolhido por algum motivo específico, com o escopo de compreendê-lo em maior profundidade.

Ademais, destaca-se o uso de dados secundários pesquisa partir de documentos disponibilizados por órgãos de transparência governamental, tais como, relatórios de gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), informações do Sistema Único de Saúde (SUS), do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, informações institucionais da Organização Social de Saúde Associação Congregação de Santa Catarina, dentre outros.

Nos referidos documentos foram coletados dados relativos à gestão e à assistência hospitalar (conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão até a sua alta), bem como dados referentes às características dos serviços

contratados, ao sistema de pagamentos, à estrutura física, ao volume de atividades contratadas, aos indicadores e metas estipulados nos respectivos contratos de gestão, bem como em relação ao desempenho nos contratos analisados.

Acresça-se ainda, que todo material foi analisado por intermédio da técnica de análise de conteúdo, respeitando-se as fases de pré-análise, exploração do material e, tratamento dos dados (BARDIN, 2011).

A primeira fase (pré-análise) compreende a escolha dos documentos, a leitura do material selecionado, bem como é nesta etapa que ocorre a sistematização das ideias iniciais (formulação de hipóteses e objetivos a partir da leitura inicial dos dados). Corrobora Godoy (1995, p. 24):

> [...] normalmente envolve a leitura “flutuante", ou seja, um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a formulação das hipóteses e/ ou objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material.

Concluída a primeira fase, acima descrita, partiu-se para a exploração do material, que constitui a segunda fase. Para Silva e Fossá (2015, p. 4), a exploração do material consiste na “construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas”.

Na segunda etapa, o material coletado (texto de documentos) foi recortado em unidades de registro, ocasião em que palavras-chaves foram identificadas. Dessa forma, tais elementos foram agrupados em conjunto de categorias conforme a correlação com os temas, compondo as categorias de análise. Neste sentido, confira-se:

> uma das mais básicas e importantes decisões para o pesquisador é a seleção das unidades de análise. Nos estudos qualitativos, o investigador é orientado pelas questões de pesquisa que necessitam ser respondidas. Mais frequentemente, as unidades de análises incluem palavras, sentenças, frases, parágrafos ou um texto completo de entrevistas, diários ou livros. Existem várias opções na escolha dos recortes a serem utilizados, mas percebemos um interesse maior pela análise temática (temas), o que nos leva ao uso de sentenças, frases ou parágrafos como unidades de análise (CAMPOS, 2004, p. 613).

Na terceira fase, as categorias construídas foram descritas e interpretadas. Para Silva e Fossá (2015, p. 4),

> a terceira fase compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (entrevistas, documentos e observação). A análise comparativa é realizada através da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes.

Consoante se verifica, nesta etapa o pesquisador realiza interferências e interpretações, relacionando-as com o referencial teórico do estudo inicial, ou seja, encontra-se presente a faceta da hermenêutica, mencionada anteriormente, uma vez que é permitido ao pesquisador desenvolver novas dimensões teórico-interpretativas a partir do material coletado, classificado e agregado.

Nesse contexto, cabe ao pesquisador analisar além do conteúdo presente nos documentos, ou seja, foi nesta etapa que o pesquisador avaliou de forma global a gestão por organizações sociais de saúde na oferta de saúde pública no estado do Espírito Santo.

3 A TRAJETÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E O SURGIMENTO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

O processo histórico de constituição do sistema de saúde brasileiro é fruto de transformações e de processos históricos, econômicos, políticos e ideológicos que repercutem na sociedade, os quais, segundo variáveis, se organizam de acordo com os diferentes projetos societários (COELHO; TRUGILHO, 2016).

Neste aspecto, bem antes de o direito à saúde ter sido considerado pela Constituição Federal de 1988 como direito social e os serviços de saúde púbicos terem sido qualificados como universais e igualitários – o que, a despeito de críticas, representa importante conquista – importa esclarecer que a trajetória da saúde no Brasil pode ser compreendida em diversas fases.

Em outras palavras, pode se dizer que a história da saúde no Brasil possui como pano de fundo um cenário de contradições que transitaram do "sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, chegando ao projeto neoliberal nos anos 1980" (MENDES et al., 2011, p. 333).

Entre 1889 a 1930, prevalecia no Brasil o modelo do sanitarismo campanhista. Sucintamente, vale destacar que nesse momento histórico inexistia um sistema de saúde formalmente estruturado, de modo que as ações atreladas à saúde eram apenas de caráter focal, ou seja, a mobilização da saúde pública estava direcionada para a criação de campanhas de vacinação em massa para controle de epidemias. Nessa diretriz, assegura Carvalho que (2013, p.3):

> o Estado fazia algumas ações de saúde diante de epidemias, como ações de vacinação e/ou de saneamento básico. Assim ocorreu no final do século XIX e início do XX com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra varíola. O Estado cuidava também da intervenção em algumas doenças negligenciadas como a doença mental, a hanseníase, a tuberculose e outras. Só mais tarde começa o atendimento às emergências e às internações gerais. A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregador de todos: o INPS.

Nas décadas seguintes, o país foi tomado pelo desenvolvimento industrial e, especialmente, pelo avanço do processo de urbanização. Nesse contexto, em razão da massa de trabalhadores, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), vinculadas as empresas e, posteriormente, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) construídos em torno de categorias profissionais (marítimos, comerciários, bancários e etc.).

Assim, a oferta de serviços de saúde estava vinculada ao contrato de trabalho formal, com características mais próximas de seguro e não de efetivo direito de cidadania, de maneira que as pessoas sem vínculo de emprego deveriam se valer dos serviços filantrópicos ou dos serviços privados para obter o acesso aos serviços de saúde. Para Machado, Lima e Batipsta (2017, p. 2),

> a política de saúde desse período foi marcada por trajetória dual, representada de um lado pela saúde pública, direcionada para o controle de doenças específicas; e de outro pela assistência médica previdenciária, estruturada em bases corporativas, voltada para os trabalhadores do mercado formal urbano.

Consoante se nota, o foco da saúde pública estava voltado para a manutenção da integridade física da massa de trabalhadores, como forma de garantir o crescimento industrial do país.

Prosseguindo, no ano de 1966, durante o governo militar, ocorreu a unificação de todos os IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que significou a cobertura dos benefícios da previdência social a todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes, permitindo, por consequência, a expansão da assistência médica (MENICUCCI, 2014).

Impende ressaltar ainda que, esse período, que teve início com o surgimento da assistência médica previdenciária, ficou conhecido como Médico Assistencial Privatista.

Nessa linha, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) se tornou um sistema mais complexo, seja em âmbito administrativo, seja em âmbito financeiro, levando,

posteriormente, à criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), no ano de 1978.

Com a unificação do sistema previdenciário, o governo haveria de dar conta da assistência médica que já era oferecida pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Vale registrar que à época do governo militar quase não se investiu em saúde pública e ainda persistia a exclusão de determinados segmentos sociais no atendimento do sistema público.

Assim, verifica-se que, nesse período, a opção política não foi pela provisão direta dos serviços, mas sim pelo desenvolvimento do mercado privado de saúde. Dessa forma, foram estabelecidos convênios, contratos com os hospitais existentes, pagando-se pelos serviços, ou seja, por demanda. Sobre as consequências dessa política, reforçam Carvalho e Barbosa (2010, p. 18):

> de um lado, a baixa capacidade de controle sobre os prestadores de serviço contratados ou conveniados, já que cada paciente era considerado como um “cheque em branco”, tendo a Previdência Social de pagar as faturas enviadas após a prestação dos serviços; e de outro, era quase impossível um planejamento racional, já que os credenciamentos não obedeciam a critérios técnicos, e sim a exigências políticas.

Além disso, observa-se que as empresas ficaram incumbidas de prestar assistência à saúde aos seus empregados, em troca de subsídios governamentais. Segundo Menicucci (2014, p. 79),

> esse é o berço dos planos de saúde, porque desenvolveu nas empresas a prática de prestar serviços aos empregados, o que gerou no mercado outra modalidade institucional: as empresas médicas que geriam a assistência médica para as empresas empregadoras. Inicialmente as empresas empregadoras fazem isso em seus setores de pessoal, mas depois terceirizam para empresas médicas; posteriormente, como reação às empresas médicas, ainda surgem as Unimeds, cooperativas de trabalho médico, com igual atuação, mas tendo o trabalho sob controle dos médicos e não de empresários de outros setores. Se num primeiro momento essa dinâmica é atrelada à política pública, por meio dos convênios, posteriormente as empresas tornam-se independentes do governo e passam a prescindir de seus incentivos financeiros. Então, se num momento a assistência empresarial era complementar à assistência pública, passa a ser suplementar, ou seja, passa a ter independência, vida própria e adquire importância como política de pessoal, passando a fazer parte, aliás, das negociações coletivas dos trabalhadores, que reivindicam mais e mais planos de saúde.

Nessas circunstâncias, em meados da década de 1970, ocorreu no Brasil o que se denomina movimento de Reforma Sanitária. A propósito, o movimento sanitário primava pelo direito à saúde, como direito de todo cidadão, independente de contribuição, pouco importando o fato de o sujeito manter ou não vínculo empregatício.

Além disso, o referido movimento propunha que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. Por outro lado, preconizava a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira (LOBATO, 2009).

Para Almeida (1999, p. 268), o referido movimento difundiu novos paradigmas para reestruturação dos sistemas de serviço de saúde, dentre os quais se destacam enumeradamente:

> 1) introdução de várias medidas racionalizadoras da assistência médica, na tentativa de diminuir a ênfase no gasto hospitalar e redirecionar para as práticas extra-hospitalares (atenção ambulatorial, atendimento domiciliar, privilegiamento da atenção primária ou da atenção básica) e de saúde pública (prevenção); 2) separação entre provisão e financiamento de serviços (ou entre compradores e prestadores), com fortalecimento da capacidade regulatória do Estado; 3) construção de "mercados regulados ou gerenciados", com a introdução de mecanismos competitivos (assistência gerenciada – *managed care* –, competição administrada – *managed competition* –, mercado interno, competição pública); 4) utilização de subsídios e incentivos os mais diversos (tanto pelo lado da oferta quanto da demanda) visando a reestruturação do mix público e privado, com a quebra do "monopólio" estatal.

No entendimento de Teixeira (2009, p. 474), a Reforma Sanitária "fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise no sistema de prestação de serviços de saúde".

Expressando-se também como forma de luta em prol da democracia, a categoria médica e estudantil (em especial, as universidades), as associações médicas, os sindicatos, acabaram por colocar em pauta uma proposta bem definida sobre a reforma da saúde, o que, em momento posterior, reverberou na garantia constitucional do direito universal à saúde e na construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). Menciona Lobato (2000, p. 17) que,

> num contexto de esgotamento político do regime autoritário, a democratização renasce como eixo mobilizador da luta pela reestruturação da sociedade brasileira. Nessa conjuntura de mobilização política, são igualmente recolocadas várias demandas sociais acumuladas, não atendidas no período autoritário; dentre elas a atenção à saúde. A associação entre democracia e saúde é estratégia central no projeto do movimento sanitário. Uma atenção à saúde efetiva dependia de um sistema de saúde democrático, viável somente em um regime democrático. O movimento tem, assim, como princípio o reconhecimento da saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado através de um sistema de saúde universal e equânime.

Assim, as perspectivas do movimento sanitário somadas ao processo de redemocratização – o qual culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988 – contribuíram para o surgimento de novas políticas públicas. Nesse período, a sociedade buscava restaurar direitos e valores de democracia e de cidadania. E não foi diferente na seara da saúde, consoante se observa:

> reivindicações como a descentralização e municipalização das políticas de saúde, a reversão do modelo médico curativo para o modelo preventivo (valorizando a co-participação do paciente no processo de promoção e reversão das doenças), e a participação direta dos usuários do sistema sobre os serviços públicos de saúde no País, foram regulamentadas na Constituição de 1988 [...]. Ainda, os artigos sob n. 196 a 200, inscritos na Carta Magna brasileira em 1988, estenderam o direito à saúde de forma universal, igualitária e equânime a todo o cidadão brasileiro. A saúde passou a ser, então, um direito de todos e dever do Estado brasileiro em garanti-la. Essa característica do direito universal à saúde apresentou-se como um fenômeno totalmente novo no Brasil (FUHMANN, 2004, p.117).

Nesse viés, a Constituição de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, em vista do rol dos direitos sociais, lançou as bases para a modificação da gestão e da estrutura da saúde pública no Brasil. Sob uma ótica mais aprofundada, pode-se afirmar que com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, as ações e os serviços de saúde foram institucionalizados não só como programa de governo, mas como própria política de Estado. Segundo Barroso (2007, p. 14),

> com a redemocratização, intensificou-se o debate nacional sobre a universalização dos serviços públicos de saúde. O momento culminante do “movimento sanitarista” foi a Assembleia Constituinte, em que se deu a criação do Sistema Único de Saúde (...). A partir da Constituição Federal de 1988, a prestação do serviço público de saúde não mais estaria restrita aos trabalhadores inseridos no mercado formal. Todos os brasileiros, independente de vínculo empregatício, passaram a ser titulares do direito à saúde.

Nessa perspectiva, vale destacar, a despeito de críticas, que a Constituição Federal quando previu a criação do Sistema Único de Saúde, conferiu legitimidade a esta nova ordem que se iniciava e se contrapunha aos resquícios do período ditatorial.

Vale dizer que com o advento da Constituição Federal de 1988, houve o marco regulatório da saúde no Brasil, tendo em vista que o direito à saúde foi positivado como direito social (artigo 6º), bem como foram sistematizadas as principais normas sobre o sistema de saúde.

A Constituição Cidadã previu a universalização do acesso à saúde, garantiu a saúde como direito social, consagrando expressamente no artigo 196 que a saúde é

> "um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

Tal preceito foi complementado pela Lei 8.080/90, em seu artigo 2º, o qual aduz que "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício" (BRASIL, 1990).

Assim, com os ideais de igualdade e de universalidade de acesso à saúde, verifica-se que a Constituição Federal, com a criação do SUS, ampliou a responsabilidade estatal e definiu a construção de um sistema inclusivo, ainda que em tese. Nessa linha, é imprescindível destacar a reflexão de Teixeira (2009, p. 474):

> a Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e o formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social, busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais.

Aliás, a Constituição Federal de 1988 não somente estabeleceu como garantia o direito à saúde, mas também fixou toda estrutura organizacional para concretizá-lo,

haja vista a criação do SUS, seguida das diretrizes que este deve perseguir, a propósito, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Longe de ser um sistema completo e perfeito, é inegável que a criação do SUS foi uma das mais significantes ações de política social, mormente porque se estrutura em princípios de universalidade de acesso, integralidade e igualdade de assistência, participação da comunidade, dentre outros.

Impende destacar que, antes de tal previsão constitucional, não havia no Brasil um sistema de saúde único, já que antes do advento da Constituição de 1988, a existência de sistema de saúde integral limitava-se ao plano teórico.

Desta feita, não se pode desconsiderar que a opção do constituinte de 1988 pelo modelo público e universal representou grande conquista na área da saúde, justamente porque até então apenas existia um sistema previdenciário, o qual condicionava o acesso aos serviços de saúde ao pagamento de contribuição. Neste sentido, Cohn e Elias (2003 apud BARBOSA, 2015, p. 123) apontam que:

> os serviços de saúde, portanto, estavam organizados na base de um mix de sistema meritocrático e residual, ou seja, os que estavam formalmente inseridos no mercado de trabalho tinham direito a consumir ações e serviços médicos hospitalares, na rede do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Promoção Social (Inamps) ou na rede conveniada ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Aos excluídos do mercado, restava recorrer aos poucos serviços oferecidos por secretarias estaduais ou municipais, ou ainda à filantropia. Dessa forma, incorporar o conjunto da população brasileira ao SUS foi a grande inovação em termos de política pública de saúde no Brasil.

Contudo, torna-se imperioso admitir que apesar da criação e normatização do Sistema Único de Saúde (SUS), na prática, tal sistema nem de longe conseguiu ser público e universal, conforme disciplinado pela Constituição Federal.

Segundo Barbosa e Elias (2010), a burocracia excessiva na compra de materiais, contratação e recursos humanos, bem como a baixa remuneração, em comparação aos salários do setor privado dificultavam a operacionalização da saúde no país.

Agrega-se a esse cenário, as constantes medidas de restrições de caráter fiscal e financeiro, bem como a crescente pressão dos usuários por melhores serviços de saúde.

De outra sorte, não foi possível reverter a predominância da oferta privada dos serviços de saúde, quer seja pelo excesso de incentivos governamentais voltados ao mercado privado de saúde, quer seja pela própria previsão constitucional que permitiu, de toda sorte, a iniciativa privada garantir assistência à saúde (artigos 197 e 199 da CRFB/88).

Para Médici (1990), a Constituição de 1988 foi proclamada numa época de instabilidade econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíam, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra. Concomitantemente a essa reforma, as empresas de saúde se organizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no setor privado.

Ademais, as reformas econômicas liberalizantes da década de 1990 (modelo da "Nova Gestão Pública") restringiram os investimentos necessários para ampliar oferta pública de serviços de saúde. Os projetos de reforma administrativa do Estado, de inspiração neoliberal, a exemplo do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), foram responsáveis por constranger o desenvolvimento das políticas sociais universais, inclusive, no âmbito da saúde.

Assim, contando também com influência de políticas internacionais, passou-se a defender no Brasil uma maior racionalização dos gastos públicos. A bem da verdade, em função das prioridades macroeconômicas (estabilização monetária, superávit primário e pagamento de juros da dívida), houve uma reorientação no que diz respeito às políticas sociais voltadas para a área da saúde (FUHMANN, 2004).

No entender do Melo e Costa (1994), ocorreu um processo de substituição do paradigma da saúde pública pelo paradigma da economia da saúde. E, considerando esse novo paradigma, a saúde passou a ser vista por suas relações com a economia e avaliada por valores de mercado. Para Carvalho (2017, p. 119),

> sob inspiração das prescrições contencionistas do Banco Mundial, nos marcos das políticas de ajuste estrutural, ganham peso os critérios de eficiência na definição de políticas e estratégias, em busca de termos mais favoráveis para a relação custo-efetividade.

Segundo Luís Carlos Bresser Pereira, esse conjunto de reformas que se consolidava à época visava minimizar a atuação do Estado, ou seja, reduzir suas funções como produtor/prestador de bens e serviços, acrescentando, ainda, que a reforma deveria tornar o serviço público mais coerente com o capitalismo contemporâneo (BRESSER, 1998).

Assim, dentre os programas e metas contidos no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), assumiu importância o programa de publicização que previa a descentralização da execução de serviços não exclusivos, como é o caso dos serviços de saúde, para o setor público não-estatal.

Em outras palavras, a nova lógica pressupunha um Estado reducionista, atrelado aos aspectos gerenciais, camuflado num discurso de eficiência, agilidade e flexibilidade para atender as demandas da sociedade. No mesmo sentido, Di Pietro afirma:

> o que muda é principalmente a ideologia, é a forma de conceber o Estado e a Administração Pública. Não se quer mais o Estado prestador de serviços; quer-se o Estado que estimula, que ajuda, que subsidia a iniciativa privada; quer-se a democratização da Administração Pública pela participação dos cidadãos nos órgãos de deliberação e de consulta e pela colaboração entre o público e privado na realização das atividades administrativas do Estado; quer-se a diminuição do tamanho do Estado para que a atuação do particular ganhe espaço; quer-se a flexibilização dos rígidos modos de atuação da Administração Pública, para permitir maior eficiência; quer-se a parceria entre o público e o privado para substituir-se a Administração Pública dos atos unilaterais, a Administração Pública autoritária, verticalizada, hierarquizada (DI PIETRO, 2002, p. 16).

Para Costa e Melo (1998), a reforma brasileira foi decorrente da crise no ajuste fiscal do Estado, bem como da necessidade de diminuir ao mínimo os órgãos estatais. Para os autores, era preciso repassar para setores do mercado ou para segmentos da iniciativa privada não-lucrativa funções antes desenvolvidas por eles, delegação essa firmada num contratualismo que se tornou modelo para essa inovação de gestão.

Nesse cenário de dificuldade de gestão pública e de baixo financiamento da saúde já não era mais possível defender a ideia de uma Administração Pública que tão somente executasse os serviços de forma direta, sem contar com a participação do setor privado. Neste sentido, corrobora Modesto (2001, p.14):

> nesta nova ordem de ideias, tem-se que o Estado não deve nem tem condições de monopolizar a prestação direta, executiva, dos serviços públicos e dos serviços de assistência social de interesse coletivo. Estes podem ser geridos ou executados por outros sujeitos, públicos ou privados, inclusive públicos não estatais, como associações ou consórcio de usuários, fundações e organizações não governamentais sem fins lucrativos, sempre sob a fiscalização e supervisão imediata do Estado. Poderão ainda ser operados em regime de co-gestão, mediante a formação de consórcios intergovernamentais ou entre o poder público e pessoas jurídicas privadas.

Em voto vista proferido no bojo Medida Cautelar da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923-5 do Distrito Federal, o Ministro Gilmar Mendes destacou que a solução para a crise do Estado não estaria no desmantelamento do aparelho estatal, mas em sua reconstrução. Nesse viés, a Reforma Gerencial pressupunha uma modificação estrutural do aparelho estatal, não podendo ser confundida com mera implementação de novas formas de gestão (BRASIL, 2007).

O Ministro ainda fundamentou o voto com excertos da Declaração de Madrid, aprovada em 14 de outubro de 1998 pelo Conselho Diretor do Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD), consoante se observa:

> como consta da declaração, “trata-se de construir um Estado para enfrentar os novos desafios da sociedade pós-industrial, um Estado para o século XXI, que, além de garantir o cumprimento dos contratos econômicos, deve ser forte o suficiente para assegurar os direitos sociais e a competitividade de cada país no cenário internacional. Busca-se, desse modo, uma terceira via entre o laissez faire neoliberal e o antigo modelo social- burocrático de intervenção estatal”.

Foi nesse contexto de reconstrução do Estado e de reformas institucionais que surgiram as organizações sociais, regulamentadas inicialmente pela medida provisória n° 1.591, de outubro de 1997 que, posteriormente, foi convertida na Lei n° 9.637, de 15 de maio de 1998.

Assim, consoante se nota, o processo reformista da década 1990 constituiu as bases para solução da crise enfrentada pelo governo brasileiro que à época encontrava-se sobrecarregado de gastos – especialmente porque atuava como

provedor direto dos serviços públicos – bem como consagrou-se como a principal fonte de inspiração para a delegação das atividades-fim às organizações sociais para o alcance de maior eficiência, qualidade e flexibilidade gerencial nos serviços prestados. Para Carneiro Júnior e Elias (2003, p. 205),

> [...] as organizações sociais aparecem como veículos estratégicos para a implementação dessa reforma. Consideradas órgãos apropriados para exercerem as novas funções no ideário do movimento reformista, contemplam as perspectivas conceituais de mercado ao incorporar suas lógicas e mecanismos de trabalho, tais como a autonomia administrativa, a especialização de funções, a administração de recursos humanos em bases da flexibilização do trabalho e gerenciamento de resultados, entre outros.

Implementado há aproximadamente 19 anos, o modelo de organização social expandiu-se e tem sido executado nas diversas unidades da federação e na maioria dos municípios brasileiros, sob o manto do aprimoramento dos serviços na área da saúde pública, conforme visto.

A título exemplificativo, o Estado de São Paulo foi um dos pioneiros a iniciar a gestão por meio das organizações sociais, que por sua vez, ganharam notoriedade na área da saúde, inclusive, a denominação organizações sociais de saúde (OSS) nasceu em São Paulo, a partir do ano de 1998 (BARBOSA et al., 2015, p. 124).

Vale registrar que a experiência paulista fora formalizada pela Lei Complementar nº 846, de 4 junho de 1998. E, a partir da experiência paulista, outras unidades da federação passaram a contar com a gestão das organizações sociais de saúde (OSS).

À guisa de ilustração, o Estado do Rio de Janeiro firmou contrato de gestão para suas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), para os Centros de Atenção Psico Social (CAPS) e Clínicas de Família.

Acompanhando o cenário nacional, a gestão de serviços públicos estatais de saúde por meio de OSS foi inserida no Estado de Goiás no ano de 2002. A primeira organização social foi a Associação Goiana de Integralização e Readaptação (AGIR), qualificada pelo decreto n. 5.591, de 10 de maio de 2002, instituída para

operacionalizar a gestão do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) (BARBOSA et al., 2015).

No Estado de Pernambuco, as organizações sociais de saúde (OSS) foram regulamentadas pelo decreto nº 11.743/2001, todavia, apenas no ano de 2009, o governo estadual repassou a gestão dos serviços para as OSS (PACHECO et al., 2016).

De outra banda, no Estado do Mato Grosso, no ano de 2011, três hospitais públicos passaram a ser geridos por OSS, a saber, o Metropolitano de Várzea Grande e os Regionais de Rondonópolis e Cáceres (MELO; PAESE, 2013).

No Estado do Espírito Santo, especificamente no ano de 2009, foi firmado o primeiro contrato de gestão com uma organização social para gestão do Hospital Estadual Central (HEC). À época, a entidade vencedora do edital de convocação foi a Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (Pró-Saúde) (TURINO et al., 2016).

Em dezembro de 2011, a Secretaria do Estado de Saúde do Estado do Espírito Santo rescindiu o contrato de gestão firmado com a Pró-Saúde, ocasião em que publicou o segundo edital de convocação que teve como entidade vencedora a Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC), a qual se mantém até o momento na gestão do Hospital Estadual Central (HEC) (TURINO et al., 2016).

No ano de 2012, a Secretaria de Estado de Saúde convocou entidades privadas sem fins lucrativos para a gestão do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, localizado no município da Serra e a Organização Social que firmou o contrato de gestão foi a Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES).

Outros estados brasileiros também adotaram o modelo de OSS e possuem legislação própria a dispor sobre o assunto, tal como os mencionados anteriormente.

Portanto, consoante observado, a administração dos hospitais públicos por organizações sociais de saúde constitui, a princípio, e, por um lado, alternativa de

gestão que busca introduzir “incentivos de mercado” (atenção gerencial, definição de objetivos, sistema de metas e resultados) em contraposição à excessiva gestão burocrática e aos controles da administração exclusivamente estatal, peculiaridades que serão detalhadas nos capítulos seguintes.

Contudo, não se pode esquecer que, por outro lado, entende-se que a utilização do modelo de organizações sociais na gestão pública pode assumir a função de substituir o Estado nas funções que este gradativamente se exime, num contexto liberal.

4 AVALIAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE

Inicialmente, importa aqui informar que as concepções a serem apresentadas neste capítulo foram feitas a partir de uma abordagem dialética. Etimologicamente,

> o termo dialética, do grego *dialektikh* (*dialektiké*), era utilizado em seus primórdios para designar a arte de discutir, do diálogo, e seu adjetivo *dialektikos* (dialektikós) designava tudo o que se refere à discussão (BETTONI, Rogério, 2001, p. 62).

Assim, a construção do presente capítulo partiu da apresentação de argumentos que se expõem com a possibilidade de serem questionados (tese) por argumentos em contrário (antítese), numa perspectiva crítica, compreendendo que a dialética marxiana procede de uma visão totalizante do real, de modo que os diferentes elementos sociais são percebidos como interligados a uma mesma totalidade.

O capítulo, portanto, foi construído por meio de diálogo entre proposições contrárias, buscando expor a complexidade do tema.

A propósito, no quadro da Reforma Gerencial do Estado, conforme visto, levantou-se a bandeira de redução do Estado para o fim de torná-lo mais eficiente e mais responsável (*accountable*) perante a sociedade.

Dito de outro modo, na perspectiva do novo gerencialismo, fazia-se necessária a separação das funções políticas e administrativas, bem como das atividades exclusivas do Estado (formulação de políticas, segurança pública, função arrecadatória e regulatória) e daquelas atividades que poderiam ser realizadas por outros agentes. Na visão de Carneiro Junior (2002, p. 53),

> a reforma brasileira foi influenciada pela posição hegemônica da crise fiscal que dava sustentação a ineficiência do Estado e pela necessidade de diminuir os órgãos estatais, repassando para setores do mercado ou do paramercado funções antes desenvolvidas por eles, delegação essa firmada num contratualismo que se tornou paradigma dessa inovação de gestão.

Assim, a execução de serviços na área da saúde, educação, cultura e pesquisa científica, considerados como “serviços não exclusivos” puderam ser transferidos

para entidades privadas, dentre as quais se destacam as organizações sociais. Segundo a análise de Meirelles (2008, p. 387),

> o objetivo declarado pelos autores da reforma administrativa com a criação da figura das organizações sociais foi encontrar instrumento que permitisse a transferência para elas de certas atividades exercidas pelo Poder Público e que melhor o seriam pelo setor privado, sem necessidade de concessão ou permissão. Trata-se de uma nova forma de parceria, com a valorização do chamado *terceiro setor*, ou seja, a prestação de serviços de interesse público que não necessitam ser prestados pelos órgãos e entidades governamentais. Além dessa, outra intenção subjacente é a de exercer maior controle sobre as entidades privadas que recebem verbas orçamentárias para a consecução de fins assistenciais.

Essa relação entre o Estado e as organizações da sociedade civil constituiu uma das estratégias da Reforma da Administração que possibilitou a redefinição da atuação estatal, à proporção que permitiu a participação de outros setores da sociedade civil na prestação de serviços sociais em caráter complementar, sem que o Estado se eximisse de sua responsabilidade de prestá-los.

As entidades filantrópicas, por exemplo, detiveram papel relevante na assistência hospitalar, em especial, quando não se tinha uma política pública de saúde bem definida. Nos dias atuais a filantropia se responsabiliza por cerca de 1/3 da capacidade instalada hospitalar (GERSCHMAN et al., 2003).

Nesse contexto de parcerias público-privadas, propagou-se o desenvolvimento do chamado "Terceiro Setor". Para Moreira (1997, p.33),

> trata-se de um sector intermediário entre o Estado e o mercado, entre o sector público e o privado, que compartilha de alguns traços de cada um deles" . Além disso, o interesse pelo terceiro setor é fenômeno mundial, "produto do descomprometimento do Estado em relação a serviços públicos que a teoria do Estado-providência e do Estado social tinham acarretado e que a voragem neoliberal dos anos oitenta veio repelir" e seu crescimento é, em grande parte, "uma consequência do 'emagrecimento' do sector público e da assunção de tarefas públicas por entidades privadas.

Nessa linha, é possível perceber que o Estado brasileiro vem ampliando as relações integrativas com pessoas jurídicas de Direito Privado, quer seja através repasse de verbas públicas, quer seja mediante apoio institucional à iniciativa privada.

Isso porque, conforme visto, o Estado deixou de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços, para fortalecer-se apenas na função de regulador desse desenvolvimento (MARE, 1995). Sobre o tema, com maestria se manifestou Ministro Luiz Fux na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1923 do Distrito Federal:

> mais recentemente, porém, o modelo atual de Estado, diante das exigências formais do regime jurídico público tradicional e do agigantamento do aparelho estrutural administrativo, muitas vezes tem se inclinado para a atuação indireta, por regulação, indução e através do fomento público (art. 174, caput, da CF, que dispõe de forma genérica sobre a regulação, a fiscalização, o incentivo e o planejamento estatais no âmbito das atividades econômicas). Sinal claro dessa tendência consiste nos programas de privatização e de desestatização, que povoaram o Brasil na década de noventa, e na crescente relevância atribuída pela legislação às denominadas agências reguladoras, cujo modelo institucional já recebeu a chancela desta Corte Suprema no julgamento das ADIn's nº 1.668/DF, Rel. Min. Marco Aurélio, e 1.949-MC/RS, Rel. Min. Sepúlveda Pertence (BRASIL, 2011).

Quando se faz referência ao Terceiro Setor, não se pode deixar de apresentar também as críticas tecidas por estudiosos do tema, já que numa perspectiva dialética, entende-se o objeto com sua contradição, ou seja, é necessário reconhecer as contradições inerentes ao objeto em estudo. Com efeito, há quem defenda que tais organizações que compõem o rótulo do Terceiro Setor não buscam objetivos tão idealistas quanto fazem crer.

Nesta perspectiva, para Montaño (2005), os discursos de validação de um Terceiro Setor bem intencionado, anticapitalista e antiestatista estavam robustecidos de falsos e obscuros argumentos orientados exclusivamente para a restrição ou redução progressista de direitos sociais consagrados pela Constituição Federal de 1988.

Em sua obra, Carlos Montaño, em tom de crítica aos processos reformistas ocorridos na década de 1990 do século XX, aduz que,

> a descentralização administrativa e a privatização e a transferência para o "terceiro setor" das respostas às sequelas da "questão social" (mal denominada pelo ex ministro Bresser Pereira de "publicização") repercutem negativamente no aumento tendencial do nível de desemprego profissional, na precarização das condições de trabalho, nas condições de emprego [...]. Procede-se tanto a uma precarização do atendimento estatal às demandas

> sociais, como a uma auto-responsabilização pelas respostas às próprias necessidades localizadas [...] (MONTAÑO, 2005, p. 255-256).

Para Montãno (2002), o Terceiro Setor assumiu importante papel ideológico para a implementação das políticas neoliberais, marcadas pelo afastamento do Estado das responsabilidades sociais, dos mecanismos de regulação social e das relações de trabalho.

Em que pese o respeitável posicionamento de Montaño, o qual desmistifica o denominado Terceiro Setor, apontando-o como produto da reestruturação do capital, não é possível deixar de reconhecer que sua lógica foi, de fato, implementada no Brasil e encampada por diversos estudiosos sobre o tema.

Especificamente quanto aos serviços de saúde, Ibanez e Neto (2007) apontam a necessidade de superar a ideia de que o serviço de saúde somente é público se administrado diretamente pelo Estado. Essa visão traduz o conceito de Estado formulador, controlador e avaliador dos serviços prestados, em substituição àquele Estado proprietário, empregador e prestador exclusivo.

Nesse sentido, também caminha a análise do Ministro Luiz Fux, na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1923 do Distrito Federal, em que se decidiu pela validade da prestação de serviços públicos não exclusivos por organizações sociais em parceria com o poder público:

> em outros termos, a Constituição não exige que o Poder Público atue, nesses campos, exclusivamente de forma direta. Pelo contrário, o texto constitucional é expresso em afirmar que será válida a atuação indireta, através do fomento, como o faz com setores particularmente sensíveis como saúde (...). Disso se extrai que cabe aos agentes democraticamente eleitos a definição da proporção entre a atuação direta e a indireta, desde que, por qualquer modo, o resultado constitucionalmente fixado – a prestação dos serviços sociais – seja alcançado (BRASIL, 2011).

Nessa concepção, o fato de o Estado não prover diretamente o serviço, não quer dizer que o torna irresponsável perante as necessidades sociais. Os serviços devem ser assegurados pelo Estado e isto não significa que serão necessariamente realizados pelo aparato do Estado, daí torna-se perceptível a importância dos “entes públicos não estatais”.

Ainda, em defesa do Terceiro Setor, Oliveira e Junqueira (2003, p. 235) ressaltam a necessidade do fortalecimento dessas entidades e, sobretudo, asseveram que o movimento sanitário avançará ao incorporar ou se aliar ao que denominam de “iniciativa privada cidadã”.

A fim de fomentar a dialética, oportuno trazer o pensamento em sentido oposto de Carlos Montaño, o qual afirma que o Terceiro Setor, aparentemente visto como um espaço de participação social, na verdade representa a fragmentação das políticas e dos movimentos sociais.

A propósito, no entender de Montaño, o Terceiro Setor no contexto de Reforma do Estado da década de noventa do século passado foi tido como co-responsável das questões públicas junto ao Estado. Para Montãno (2005), o que está por trás da chamada “publicização” por um lado, é a diminuição dos custos da atividade social – não pela maior eficiência destas entidades, mas pela verdadeira precarização, focalização destes serviços, pela perda das suas dimensões de universalidade, de não-contratualidade e de direito do cidadão – desonerando o capital.

Apesar das críticas existentes, constata-se que a parceria entre as entidades de Direito Privado, dentre as quais se incluem as organizações sociais de saúde, e o poder público vem gradativamente adquirindo importância na seara da saúde, até porque o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de reconhecido como um bom modelo, apresenta problemas de gestão, acesso, custeio.

Paralelamente, há impasses de gestão interna nos hospitais, que na maior parte das vezes, encontram-se engessados por normas de direito público, tais como, a Lei de Licitações, Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei Orçamentária, Lei de Gestão de Pessoal, bem como leis ordenadoras dos governos locais. Nessa perspectiva, não é demais reiterar que,

> além da insuficiência e instabilidade do financiamento público para o SUS, persistem problemas de gestão, especialmente no que diz respeito aos estabelecimentos de saúde como hospitais e serviços de atenção básica. A falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento

> dos serviços comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p.1820).

Sem o intuito de esgotar o debate, mas tão somente incitá-lo, vale dizer que a fragilidade da gestão em serviços de saúde – marcada pela falta de fiscalização e má administração dos gestores – associada à redução da participação do setor público nos gastos em saúde evidenciam que o diagnóstico da rede pública hospitalar brasileira está longe de ser considerado como satisfatório. Para Vecina Neto e Malik (apud BARBOSA, 1996, p. 69), a análise desta crise está calcada a partir de três dimensões:

> uma primeira, a nível estrutural, mais associada a importância política conferida ao setor, que se expressa na baixa prioridade enquanto área de governo. Isso pode ser diagnosticado não só pelos limitados recursos destinados à área, mas também pelos baixos salários, pela qualidade dos serviços prestados, pelo reduzido controle social, pelos critérios clientelistas para ocupação de cargos de gerência, entre outros aspectos. O segundo grupo de causas é organizacional e, naturalmente, condicionado pelo primeiro. Entre as causas destacam-se a inexistência de objetivos claramente definidos, gerentes sem compromisso com a profissionalização, escassez de recursos financeiros, limitada utilização de instrumentos de gestão, como planejamento, orçamento, custos, sistemas de controle etc. Além disso, a completa ausência de padrões de trabalho, que limita a busca da eficiência e, acrescente-se, de eficácia. No terceiro plano de análise, estão as causas de caráter individual, como a limitação profissional dos gerentes, que se sentem inseguros em suas funções, tanto por serem instáveis, sujeitos a trocas repentinas, como também pela sua não-capacitação.

Assim, o que se percebe é a existência de hospitais sem planos de gestão, sem sistemas de informação para estimar custos e faturamentos, além disso os modelos gerenciais são obsoletos e os processos decisórios são burocratizados, há ainda carência nos instrumentos de controle e as decisões, em sua maioria, estão centralizadas na alta direção ou no próprio governo.

Na visão de Carlos Matus (1997), a centralização constitui obstáculo a melhor performance organizacional, além disso a baixa governabilidade, sinônimo de baixa autonomia, condiciona negativamente as regras de direcionalidade e de responsabilidade.

A propósito, a falta de autonomia contribui para o engessamento da gestão dos serviços, dificultando a operacionalização da estrutura organizacional. No entender

de Lemos (1993, p.130), “se não se sabe claramente o que se deve fazer e, também não se tem poder de decidir como fazer, qualquer coisa que se faça pode ser apresentada como satisfatória”.

Nessa linha de raciocínio, tem-se que a governança centralizada, somada ao exagerado formalismo burocrático não favorece a administração pública hospitalar, nem tampouco a gestão voltada ao controle de procedimentos, ao invés daquela que tem por foco os resultados.

Cabe ressaltar, entretanto, que o discurso da ineficiência da gestão pública decorrente da burocracia da legislação brasileira acaba por respaldar a adoção no SUS, de um modelo de gestão que toma por referência os valores da gestão privada empresarial. Neste âmbito, destaca-se que

> [...] a saúde e a educação pública tem perdido espaço para o mercado privado, diante de um discurso de ineficiência estatal e se subordinam a ditames mercadológicos, em que a universalidade do direito (garantidos por lei na saúde e na educação) é substituída pela compra e venda de produtos (SODRÉ et al, 2013, p. 370).

Vale registrar que no âmbito da saúde raramente se pensa em uma mudança organizacional radical ou mesmo numa reforma sanitária efetiva capaz de ampliar o acesso aos serviços de saúde (universalização). É sabido que o aperfeiçoamento da gestão da saúde, por vezes, retoma a velha discussão relativa à privatização ou à estatização da saúde, dividindo opiniões de estudiosos do tema.

Para Paim (2007), há grande dificuldade de articulação intersetorial entre o sistema de saúde e as demais instituições gestoras de políticas. Isso porque poucos são os esforços perpetrados para a construção de diálogo e cooperação entre os setores, de modo a potencializar os efeitos das ações e serviços de saúde nos vários níveis do SUS.

Importa registrar também que o parque hospitalar público brasileiro costuma ser visto como uma das instituições que mais resiste à mudança, quer seja por conta da pouca interação entre departamentos, quer seja pela fragmentação da parte clínica, além da fraca governabilidade dos gestores, já que, via de regra, são escolhidos a

partir de critérios políticos e clientelistas. Neste aspecto, enumera Paim que ainda impera no processo de gestão do SUS:

> [...] 5 - Falta de gestão profissionalizada, ou seja, persistência de marcado "amadorismo" na gestão do sistema em todos os níveis, tanto pela escassez de quadros qualificados ao exercício das múltiplas e complexas tarefas relacionadas com a condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços, quanto pelo fato da persistência de clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema [...]. (PAIM, 2007, p. 1823).

Sobre este aspecto convém mencionar que, ainda que Paim arquitete críticas à gestão do Sistema Único de Saúde, tais críticas não apontam para desconstrução do Sistema Único de Saúde, tampouco reforçam unicamente a saída pela gestão público-privada. Para o autor, é inegável que o Sistema Único de Saúde necessita de ser reformulado, contudo não cabe um discurso de Estado inoperante para enaltecer suposta eficácia do Terceiro Setor.

No contraponto ocorre que, para muitos gestores, não obstante as esparsas tentativas de se repensar o sistema de saúde, o Terceiro Setor, representado por suas entidades, dentre as quais se incluem as Organizações Sociais (regulamentadas pela Lei 9.637/1998), consubstanciam alternativa de gestão na seara da saúde, de modo a aprimorar e complementar a atuação do SUS.

Registra-se que o conceito de organização social pode ser extraído no próprio artigo 1º da Lei Federal nº 9.637/98, vejamos:

> Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei (BRASIL, 1998).

Definição semelhante pode ser constatada na obra de Di Pietro (2014, p. 580), para quem organização social

> é a qualificação jurídica dada a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, instituída por iniciativa de particulares, e que recebe delegação do Poder Público, mediante contrato de gestão para desempenhar serviço público de natureza social.

No afã de definir organizações sociais, Lobo (2014, p.30) sugere que estas constituem novo modelo de prestação de serviços públicos, consoante se nota:

> o novo modelo propiciaria parcerias entre o poder público e instituições sem fins lucrativos do chamado Terceiro Setor, que prestariam serviços públicos não exclusivos do Estado. Formalizadas por contrato, essas parcerias permitiriam o repasse de recursos públicos às instituições sem fins lucrativos, que, por sua vez, assumiriam o compromisso de cumprir obrigações e metas.

Depreende-se que na condição de entidade de direito privado que exerce atividade de interesse público, quando qualificadas pelo Poder Executivo Estadual, as organizações sociais podem executar atividades em áreas de interesse público (ensino, pesquisa, proteção e preservação do meio-ambiente, cultura e saúde), por outro lado, não podem, pois, exercer as "atividades exclusivas" (serviços que somente o Estado pode realizar, a exemplo do serviço de segurança pública e de justiça).

Além disso, uma vez habilitadas podem receber dotação orçamentária e bens do Estado necessários ao exercício de suas atividades, durante a vigência do contrato de gestão, instrumento pelo qual são estipuladas as metas de desempenho que asseguram a extensão e a qualidade dos serviços prestados (SEIXAS, 2003).

Oportuno mencionar, inclusive, que a figura das organizações sociais idealizadas nessa reforma administrativa foram inspiradas nas “Quasi Autonomous Non-Governamental Organizations (Quangos)” da Grã-Bretanha. Na visão de Melo (2011, p. 65),

> a intensificação das Quangos, na Grã-Bretanha, coincide com as medidas de contenção do aparelho estatal adotadas pelo Governo de Margaret Thatcher a partir de 1980, época em que várias atividades não exclusivas do Estado foram transferidas do setor estatal para o setor público não estatal.

Equivalente é o entendimento comungado por Pires (1999, p. 245) que aduz que as “Quangos” foram criadas no intuito de transferir atividades não exclusivas do Estado para o serviço público não estatal, introduzindo práticas do mercado privado no setor público por supostamente serem mais econômicas e eficientes.

A concepção que sustenta o surgimento desse tipo de organização social não governamental apoia-se na crença de que as organizações sociais constituem importante figura jurídica capaz de preencher as lacunas existentes entre Estado e sociedade no que diz respeito à prestação de serviços públicos. Neste passo, as organizações sociais, numa ótica neoliberal,

> nasceram para atender aos imperativos de eficiência e participação social na Administração Pública ante uma realidade de falência financeira do Estado, baixa qualidade da prestação dos serviços públicos sociais, déficit democrático e elevados níveis de corrupção na Administração Pública [e se inserem] no contexto de uma Administração Pública gerencial (PINTO, 2013, p. 166).

Acerca do tema, assevera Bresser-Pereira (1998, p.235) que,

> a aposta do governo Fernando Henrique Cardoso nas organizações sociais parte, de um lado, da verificação de que a adoção da propriedade pública não estatal para a realização de serviços sociais de saúde, educação, cultura e pesquisa científica tende a ser cada vez mais generalizada em todo o mundo, e, de outro, da convicção de que esse tipo de entidade, além de se constituir em um espaço intermediário entre o Estado e o mercado, contribuindo para o fortalecimento das instituições democráticas, é mais eficiente e garante melhor qualidade para a realização desses serviços do que as organizações estatais ou privadas.

Vale destacar que para Oliveira e Junqueira (2003, p. 235), as organizações sociais são importantes para construção de um sistema democrático que privilegia a participação, a cidadania e a equidade.

No entanto, na concepção de Montaño (2005), estudioso do Terceiro Setor, na área de Serviço Social, a transformação ideológica da sociedade civil em Terceiro Setor contribui para docilização das lutas sociais, na medida em que as instituições representativas deste Terceiro Setor se convertem em parceiras do Estado e não dos movimentos sociais; além do que a ação social passa a ser minimamente resolvida pelo Estado e transferida para as organizações da sociedade civil.

Registra-se, em linhas gerais, que sob o modelo de organizações sociais de saúde, o governo transfere recursos para manter o hospital, no entanto a responsabilidade pelo gerenciamento, pela gestão de pessoas, bem como pela aquisição de insumos fica sob a responsabilidade da entidade qualificada. Sobre o tema, ressalte-se que,

> a criação das OSS para administrar os hospitais públicos é uma forma de introduzir os incentivos de mercado, quando factíveis, na gestão dessas

> organizações, em contraste com os incentivos de hierarquia. Os controles procedimentais (*ex-ante*) são reduzidos e simultaneamente são direcionados esforços e atenção gerencial e de transparência sobre os resultados (*ex-post*). O objetivo é permitir que os gerentes administrem (*let the managers manage*) e que possam exercer a mesma autoridade de suas contrapartes do setor privado, mas sem perder o controle governamental sobre a qualidade e quantidade dos serviços prestados e da população atendida. A característica chave desse processo é a separação entre o financiamento e a provisão (...). O modelo adotado de organização social preconiza uma relação contratualizada entre o chamado núcleo estratégico do estado e as organizações públicas e periféricas para a provisão de serviços sociais. O modelo proposto indicava maior autonomia e flexibilidade gerencial para estas organizações, mas essa autonomia é restrita a certos aspectos relevantes da gestão. Além da propriedade estatal do prédio e dos equipamentos, o controle estatal sobre o hospital é observado em itens como a definição de objetivos, metas e resultados (...). Dessa forma, o governo assegura ao hospital uma posição não contestada de provedor de serviços hospitalares para determinada região, veta políticas de captação de recursos adicionais, define metas e exerce forte controle orçamentário (QUINHÕES, 2008, p. 74-75).

A propósito, a Lei das Organizações Sociais não delega os serviços públicos, muito pelo contrário, promove um sistema de fomento, de incentivo para que as atividades relacionadas, à saúde, ao ensino, à pesquisa científica, à cultura, ao meio ambiente sejam desempenhadas de forma eficiente por particulares através da colaboração público-privada instrumentalizada no contrato de gestão. Segundo Luiz Fux,

> a finalidade de fomento, *in casu*, é posta em prática pela cessão de recursos, bens e pessoal da Administração Pública para as entidades privadas, após a celebração de contrato de gestão. Este mesmo contrato de gestão, por outro lado, será o instrumento consensual que viabilizará o direcionamento, pelo Poder Público, da atuação do particular em consonância com o interesse público, através da inserção de metas e de resultados a serem alcançados, em uma versão branda da conhecida regulação, temperada pelo princípio da consensualidade e pela participação dos administrados.

Desse modo, o discurso neoliberal, sustenta que o Estado não se afasta do cumprimento de seus deveres constitucionais de atuação nas áreas de saúde, educação, proteção ao meio ambiente, patrimônio histórico e acesso à ciência, mas tão somente coloca em prática opção constitucionalmente válida por intervir de forma indireta para o cumprimento de tais deveres, por meio de atividades de fomento e de regulação.

Nessa linha de raciocínio, quando a parceria é bem estabelecida, acompanhada e controlada, as partes (Estado e Organização Social) se complementam, de maneira que ao primeiro incumbe o dever de definir as políticas e realizar as escolhas quanto

à execução dos serviços e à organização social incumbe o dever cumprir com qualidade e nos prazos definidos as metas estipuladas em contrato com o ente público.

Dentro dessa concepção de atuação privada em determinados domínios, o modelo de organização social se sustenta, sobretudo, porque carrega o argumento de suposta eficiência, bem como porque possui características que imperam no regime de direito privado, tais como, maior autonomia, qualidade e flexibilidade (contratação de pessoal segundo condições de mercado, adoção de normas próprias para compras e contratos). Para Barbosa e Elias (2010, p. 2487),

> o nível de autonomia administrativa e financeira concedido às OSS, tanto para aquisição de bens e serviços quanto para contratação de recursos humanos, permite que, dentro dos limites orçamentários estabelecidos, sejam feitos todos os arranjos institucionais que garantam o melhor uso possível dos recursos destinados.

O art. 2º da Lei n° 9.637/98 estabelece os requisitos específicos para que as entidades privadas habilitem-se à qualificação como organização social, cabendo ao Poder Executivo, em ato discricionário, conferir ou não tal qualidade.

Uma vez que a entidade sem fins lucrativos é habilitada e qualificada como Organização Social, fica autorizada a firmar contrato de gestão com o Poder Público para fomento e execução das atividades, no caso das organizações sociais de saúde, para então poder gerir o hospital ou qualquer outra unidade de saúde pública.

Do conceito estabelecido pela Lei n° 9.637/98 (art. 5º), extrai-se que o contrato de gestão é o instrumento firmado entre o Poder Público (por meio de seus Ministérios) e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades. Sobre o tema, ressalte-se:

> O contrato de gestão é o ajuste celebrado entre o Poder Público e a OS, que dá início à relação cooperada público-privada. Ele deve ser firmado tão logo seja qualificada a OS. Nele, são estabelecidas as atribuições, as responsabilidades e as obrigações das partes (art. 6º da lei); a especificação das metas de desempenho e dos resultados a serem alcançados pela OS; assim como a previsão do montante de recursos

> públicos necessários ao cumprimento do contrato que será transferido para a entidade, a título de fomento (CONASS, 2015).

Observe-se que o contrato de gestão ao mesmo tempo que assegura prerrogativas àquelas entidades qualificadas, lhes impõe metas a serem cumpridas para consecução das finalidades de interesse público. Neste sentido, confira-se:

> seu principal objetivo é oferecer mais flexibilidade e autonomia ao serviço público, permitindo aumento da eficiência e qualidade do mesmo, sendo fomentadas pelo Estado, o qual tem por obrigação o controle de resultados, via contrato de gestão preestabelecido, que deve conter metas de desempenho e aporte de recursos necessários para a execução das atividades pactuadas (RODRIGUES; SPAGNUOLO, 2014, p. 550).

Importante consignar que o contrato de gestão não representa uma relação hierárquica entre o Estado e a organização social, somente uma relação de parceria que exige negociação do contrato entre as partes envolvidas (PACHECO, 2004). Em complemento a essa visão, oportuno mencionar que

> os contratos de gestão configurar-se-iam um processo de aprendizagem com múltiplas facetas. Mais importante que o contrato final é o processo de negociação para a definição de metas, aprimoramento de indicadores de desempenho e melhor definição de responsabilidades do aparelho do Estado.

Tratando-se de organização social na área de saúde, os contratos de gestão firmados entre o Estado e OSS devem especificar metas de produção que deverão ser cumpridas a cada mês (serviços de internação, atendimentos de urgência, consultas médicas ambulatoriais, procedimentos de diagnóstico, etc...) em troca de um orçamento específico para cada tipo de serviço (ALBUQUERQUE et al., 2009).

Ainda no que diz respeito ao sistema de metas nas organizações sociais de saúde, segue análise de Barbosa e Elias (2010, p. 2492):

> a existência de um sistema de metas permite uma melhor avaliação do desempenho setorial e pessoal de RH da unidade hospitalar, além de indicar os critérios de eficiência com a qual esta opera. Os níveis de eficiência e eficácia alcançados constituem aspectos fundamentais da capacidade gerencial da rede de comando de qualquer organização. No caso das OSS, o cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão configura cláusula contratual que condiciona a sua manutenção (do contrato).

Ademais, as justificativas para a introdução de contratos nos serviços de saúde são: estimulam a descentralização da gestão, ou seja, conferem mais responsabilidade aos gerentes locais; permitem um melhor controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo dos serviços prestados; exigem maior empenho em atingir os produtos contratados, em razão do sistema de metas; incentivam a criação e utilização dos sistemas de informação gerencial; melhoram a gestão da clínica; permitem melhor focalização nos interesses da população; tornam as organizações mais transparentes e mais permeáveis ao controle social.

Ainda, o contrato deve prever um sistema de garantia que visa estabelecer a responsabilidade das partes envolvidas, bem como definir a penalização, caso as responsabilidades não sejam assumidas. De outra banda, no que diz respeito à escolha e à organização dos recursos, o contrato deve especificar quais recursos serão utilizados para atingir os objetivos e definir como esses recursos serão gerenciados.

Em relação ao sistema de monitoramento e avaliação, o contrato deve prever um sistema de monitoramento e avaliação, que deve ser composto por: indicadores quantitativos e qualitativos; parâmetros estabelecidos; periodicidade pré-determinada e fonte de verificação definida.

Nessa direção, observa-se que o contrato de gestão estabelece também uma maior segurança à entidade parceira quanto ao cumprimento dos repasses pelo governo e, simultaneamente, proporciona ao Poder Público maior controle dos indicadores, metas e resultados a serem alcançados. É o que disciplina o artigo 8º, § 2º, da Lei 9.637 (BRASIL, 1998):

> o contrato de gestão deve permitir ao Poder Público requerer a apresentação pela entidade qualificada, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

Ora, pois, as organizações sociais, por intermédio do contrato de gestão, poderão avaliar suas atividades, definir melhor seus objetivos, e, principalmente, cotejar o que devem fazer com o que podem realizar, bem como com o que lhe é demandado fazer, segundo regras de racionalidade. E o mesmo pode fazer a parte contratante (o Estado).

Destaca-se, assim, que a autonomia concedida às organizações sociais vem acompanhada por maior capacidade de controle e de avaliação por parte do “gestor estadual” (entidade supervisora ou parte contratante), bem como dos órgãos de controle externo. Desse modo, pode-se afirmar que os contratos de gestão são capazes de conferir maior transparência à gestão das organizações sociais.

Ademais, verifica-se que o contrato de gestão é o instrumento gerencial o qual possibilita que as organizações sociais recebam recursos financeiros (a título de fomento), funcionários públicos (a título de cessão), bem como lhes faculta a serem gestoras de bens públicos (permissão de uso).

Impende destacar que a organização social não recebe recursos públicos orçamentários e sim recursos financeiros a título de fomento (por transferência). O fomento não consiste no pagamento por serviços, ao reverso disso, busca promover a atividade-fim da entidade parceira (CONASS, 2015).

Quanto aos sistemas de incentivos, importa dizer que este é um dos elementos de maior relevância de um contrato de gestão e deve estabelecer as recompensas e as penalidades de forma coerente e clara.

Registra-se que o sistema de incentivo remete à necessidade do desenvolvimento de uma cultura organizacional voltada para a gestão de resultados, a clareza dos objetivos do sistema de serviços de saúde e do serviço inserido neste sistema e a qualificação e dos profissionais e gerentes.

Oportuno salientar também que, segundo artigo 16 da Lei nº 9.637/98, que trata das organizações sociais, o inadimplemento do contrato de gestão além da sua extinção, acarreta a desqualificação da entidade, isto é, a perda do título da organização

social, bem como implica a responsabilização individual e solidária de seus gestores pelos danos causados, afora a reversão dos bens e valores entregues à organização social.

De mais a mais, a Lei 9.637/1998 confere características determinantes às organizações sociais, quais sejam, sua qualificação decorre de decreto emitido discricionariamente pelo Poder executivo (art. 1º); o conselho de administração é formado por representantes do Poder Público e da sociedade civil (art. 3º); a contratação de obras, serviços e compras ocorre por meio de regulamento próprio (art. 17º); os recursos de fomento são oriundos do contrato de gestão (arts. 5º e 12º), cuja execução deve ser fiscalizada pelo órgão público supervisor e pelo Tribunal de Contas da União (arts. 8º e 9º); a desqualificação decorre do descumprimento do contrato de gestão e deve anteceder a processo administrativo (art. 16º).

Quanto à fiscalização, vale destacar que o controle pela entidade supervisora ocorre, periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação.

No que tange ao controle externo, impende destacar que apesar da natureza jurídica de entidade privada, as organizações sociais são fiscalizadas pelo Tribunal de Contas respectivo (da União ou Estadual), conforme previsão do artigo 70, parágrafo único da Constituição Federal, uma vez que recebem recursos financeiros e utilizam bens públicos para o cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão. Neste passo, registra-se:

> as entidades qualificadas como OS devem publicar anualmente as suas contas no Diário Oficial do estado, para a revisão do Tribunal de Contas do estado, que deve aprovar a sua execução. Na área da saúde, a auditoria hospitalar do SUS e a avaliação fiscal pela Secretaria da Fazenda completam o quadro na forma de avaliação e controle (CONASS, 2015).

Ademais, incumbe aos responsáveis pela fiscalização do contrato de gestão ao tomarem conhecimento de eventual ilegalidade ou irregularidade na utilização de recursos públicos dar ciência ao respectivo Tribunal de Contas, sob pena de responsabilidade solidária.

Acresça-se ainda que, a Lei 9.637/1998 prevê que as organizações sociais devem instituir um Conselho de Administração com a participação de representantes do poder público, da sociedade civil, de membros eleitos entre seus associados, de pessoas de notório reconhecimento profissional e de idoneidade moral, o que contribui para maior transparência e democratização da gestão.

Afora tais sistemas de controle, há ainda os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados, permanentes e deliberativos que atuam na formulação e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (artigo 1º, § 2º da Lei 8.142/1990).

Assim, o Conselho de Saúde tem a precípua competência para deliberar sobre a adoção de determinadas políticas públicas de saúde, inclusive, nos aspectos econômicos. Por esse motivo, não é dado a qualquer um dos entes federativos ignorar o seu respectivo Conselho de Saúde ou adotar medidas que não tenham sido por ele aprovadas.

A existência do Conselho de Saúde é justificada para resguardar ações públicas de saúde de influências políticas. Vale mencionar, inclusive, que os Conselhos de Saúde constituem corolário da participação social no SUS.

Neste sentido, extrai-se que a afetação dos serviços públicos de saúde à entidades privadas caracteriza decisão nuclear da política de saúde de determinado ente federativo de modo que, pode-se afirmar acerca da necessidade do Conselho de Saúde do respectivo ente sobre ela deliberar.

A título de contraponto, em estudo realizado por Carneiro Junior e Elias (2006) se constatou que, no Estado de São Paulo, considerando a gestão de hospitais públicos por organizações sociais de saúde, o controle público pelo Conselho Estadual de Saúde representava uma participação limitada às ações fiscalizatórias contábeis e financeiras (que já constitui função do Tribunal de Contas), sem abarcar devidamente a participação na formulação e no acompanhamento da execução da política de saúde.

Nessa linha de raciocínio tem-se que uma participação reduzida à mera fiscalização contábil pelo Conselho de Saúde denota clara ameaça ao controle social no SUS, com inversão de lógica, pois os Conselhos de Saúde possuem uma função ampla, “são incumbidos de traçar diretrizes para a política pública de saúde, que devem ser respeitadas pelos gestores, como decorrência de um princípio democrático” (SODRÉ et al., 2013, p. 370).

Consoante se nota, a Lei nº 9.637/1998, sujeita às organizações sociais a amplos mecanismos de controle interno e externo. E como se não bastasse a necessidade de efetivo controle, restou estabelecido pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, 2015) determinadas exigências que buscam promover o êxito da parceria entre o ente e a organização social, a saber:

> a. capacidade para planejar e definir políticas públicas;
> b. capacidade para definir e regular as parcerias;
> c. fazer as escolhas de gestão adequadas aos serviços prestados;
> d. ter capacidade regulatória e fiscalizatória de acordo com o bem protegido;
> e. não se tornar refém da parceria;
> f. quais os principais requisitos a serem exigidos das entidades, para que elas sejam qualificadas como parceiras;
> g. capacidade do Poder Público de definir a demanda, negociar o contrato, acompanhar, avaliar e fiscalizar o alcance dos resultados contratados;
> h. capacidade do Poder Público de conferir segurança jurídica aos institutos administrativos criados;
> i. existência, na sociedade civil, de entidades com capacidade financeira, técnica e operativa para se tornar parceiras do Poder Público.

Noutro vértice, no que concerne à competência legislativa, tem-se que a Lei federal nº 9.637/1998 pode servir como parâmetro para os Estados e Municípios legislarem sobre organizações sociais, já que a Lei 9.637/1998 não é lei nacional, ou seja, sua aplicação não é obrigatória aos Estados e Municípios, mas deve esta ser seguida quando da elaboração das leis regionais (COUTINHO, 2006, p. 29-30).

No Espírito Santo, a Lei Complementar nº 489 de 21 de julho de 2009, dispôs sobre o Programa de Organizações Sociais do Estado do Espírito Santo, sendo regulamentada pelo Decreto 2484-R de 09 de março de 2010 e pela portaria nº 47 – R de 18 de agosto de 2011 (SESA, 2014).

No que diz respeito à legislação do Estado do Espírito Santo, oportuno discorrer sobre aspectos relacionados à publicidade quanto ao procedimento de escolha da organização social, bem como acerca da necessidade de comprovação de experiência das entidades – peculiaridades que subsidiam o gestor estadual ao promover a escolha pelo modelo de organização social.

Quanto à publicidade, preceitua o art. 4º, § 2º, da LC n. 489/09 que,

> o Poder Público deverá conferir ampla publicidade ao propósito de transferência da atividade ou serviço, através de avisos publicados, no mínimo, por 1 (uma) vez no Diário Oficial do Estado e 1 (uma) vez em jornal de grande circulação estadual, além da disponibilização nos meios eletrônicos de comunicação.

Observa Justen Filho (2009, p. 332-334) que para se atender o princípio da isonomia é imperioso que o "Estado divulgue sua intenção de promover contratos de gestão com determinado objeto. Não é possível que as contratações de gestão se façam às ocultas, sem o cumprimento do requisito da publicidade".

Além disso, prevê o artigo 5º que a escolha da organização social será realizada por meio de edital de convocação pública, o qual detalhará os requisitos para a participação e critérios para a seleção dos projetos.

Nesses termos, é possível afirmar que, ainda não se aplique todo rito procedimental da Lei n. 8.666/93 aos processos de escolhas das organizações sociais, são-lhes, porém, aplicáveis, subsidiariamente, as normas destinadas a garantir a observância dos princípios básicos da legalidade, da isonomia, da obtenção da proposta mais vantajosa pela administração, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, consoante previsão do artigo 2º da Lei n. 8.666/93.

Quanto à exigência de comprovação de experiência técnica para desempenho da atividade objeto do contrato de gestão (artigo 7º, inciso VI da LC n. 489/09), verifica-se que se trata de requisito essencial para garantir a solidez da atuação da entidade, sem espaço para amadorismos.

Por sua vez, o § 1º do artigo 7º preceitua que a experiência técnica exigida das entidades limita-se a demonstração de sua experiência gerencial na área relativa ao serviço a ser transferido, bem como da capacidade técnica do seu corpo funcional. Além disso, pode o edital estabelecer tempo mínimo de existência prévia das entidades interessadas em participar do procedimento de seleção, caso recomende o interesse público e considerando a natureza dos serviços a serem transferidos.

Estabelece ainda que “na hipótese do Edital não estabelecer tempo mínimo de existência prévia, as entidades com menos de 01 (um) ano de funcionamento comprovarão experiência gerencial por meio da qualificação de seu corpo diretivo” (artigo 7º, §2º da LC n. 489/09).

Ressalte-se que o escopo deste trabalho é expor a análise contratual da gestão por meio de organizações sociais, fato que implica a apresentação do modelo como um todo, incluindo supostas desvantagens e mazelas, o que também corrobora o raciocínio dialético.

Registra-se que a escolha dessa linha de discussão foi motivada pela necessidade de se ampliar os conhecimentos sobre a gestão da saúde por intermédio do modelo de organizações sociais, de modo que jamais se pretende a defesa apaixonada da aplicação do modelo, pelo contrário, o estudo visa apresentar aspectos fundamentados no que tange a gestão via organização social.

Neste sentido, para os críticos do tema a gestão por organização social é vista como “[...] um suposto “novo” método de gestão que chega silenciosamente, acordado em gabinetes e imposto como um “pacote pronto” pelo Estado [...]” (SODRÉ et al. 2013, p. 377), razão pela qual se indaga, “pode ser considerado participativo? Pode ser considerado democrático? Pode ser considerado transparente? (SODRÉ et al., 2013, p. 377).

Aponta Sodré que a decisão política sobre a escolha do modelo de organização social é uma diretriz a ser definida pela instância da participação popular, mas o que se observa na prática, é que tal escolha tem sido imposta por decisões firmadas em relações verticais.

No debate relacionado à gestão por organização social na seara da saúde, existem também argumentos pautados no entendimento deste modelo de gestão como um caminho rumo à privatização da saúde pública.

Sob a ótica dos defensores da gestão de hospitais públicos por organizações sociais, os argumentos contrários soam como ideológicos. Na visão de Modesto (2001, p. 9), a privatização "pressupõe uma transferência de domínio, isto é, o trespasse de um ente do domínio estatal para o domínio particular empresarial", explica ainda o autor que no modelo das organizações sociais esses pressupostos não se encontram presentes.

Como justificativa, o autor aduz que as entidades qualificadas recebem bens ou prédios públicos como forma de fomento por parte do Estado, sem haver transferência de domínio, mas simples permissão de uso, pois as unidades hospitalares continuam na esfera estatal (MODESTO, 2001). Sobre o tema, bem pontua Ferreira (2003, p. 256),

> não se justifica que o modelo de gestão dos hospitais paulistas através das OSS venha a ser taxado como privatização porque, a bem da verdade, sequer foi implementada a proposta do ministro Bresser-Pereira de tornar esses hospitais instituições não-estatais. Nesse caso o que ocorre é qualificação de entidades pelo secretário de saúde e se estabelece a possibilidade de, através de um contrato de gestão, essas entidades poderem administrar um hospital próprio do Estado. Encerrado o contrato de gestão, o hospital volta ao controle do Estado, e todos os bens adquiridos durante o período de contratação são incorporados ao hospital como patrimônio do Estado.

Esclareça-se, todo atendimento continua sendo público, bem como toda estrutura (prédio) e patrimônio (equipamentos), além disso os recursos auferidos pela entidade devem ser aplicados na própria entidade, não sendo permitida a retirada de lucro ou qualquer vantagem pelos diretores e gestores.

Destaca-se que os contratos de gestão que o Estado firma com as entidades não poderão ter finalidade ou natureza econômica, pelo que devem convergir para uma finalidade de natureza social e de interesse público. Para Modesto (2001, p. 202), "a relação entre as organizações sociais e o Poder Público deve ter fundamento numa ética da solidariedade e numa ética do serviço".

Inclusive, acresce o autor que o Estado não apresentará qualquer retração financeira, patrimonial ou de pessoal quando vier a qualificar ou permitir o uso de bens públicos por organizações sociais, pelo contrário, a instituição qualificada é quem demandará do Poder Público subvenções e apoio para persecução do interesse público (MODESTO, 2001, p. 202).

Neste passo, ao transferir a gestão de um hospital público para uma organização social, o ente político não está se afastando do cumprimento da obrigação constitucional de garantir a saúde, tampouco privatizando suas atividades essenciais, apenas atribui a uma pessoa jurídica especializada e capacitada a gestão da atividade, permanecendo a atividade essencialmente pública.

Além disso, cabe lembrar que um contrato de gestão firmado entre o Poder Público e uma organização social especifica os aspectos gerais da sistemática de avaliação de desempenho, os direitos e as obrigações e responsabilidade dos dirigentes, sem prejuízo de outras condições que forem estabelecidas no respectivo contrato.

Em outras palavras, não se trata, conforme visto, de uma transferência automática de bens, gestão e recursos financeiros, uma vez que, na essência, essa modalidade de contrato segue sempre supervisionada pelos órgãos de controle interno e externo do Poder Público, assegurando-se o controle administrativo dos atos, bem como a realização dos objetivos fixados no contrato.

De igual modo, restou consignado no voto de relatoria do Ministro Ayres Brito na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923/DF que:

> Ora, o que faz a Lei 9.637/98, em seus arts. 18, 19, 20, 21 e 22, é estabelecer um mecanismo pelo qual o Estado pode transferir para a iniciativa privada toda a prestação de serviços públicos de saúde, educação, meio ambiente, cultura, ciência e tecnologia. A iniciativa privada a substituir o Poder Público, e não simplesmente a complementar a performance estatal. É dizer, o Estado a, globalmente, terceirizar funções que lhe são típicas. O que me parece juridicamente aberrante, pois não se pode forçar o Estado a desaprender o fazimento daquilo que é da sua própria compostura operacional: a prestação de serviços públicos.

Em suma, a gestão propriamente dita continua sob a égide do Poder público, até porque continua exercendo as funções de formulador de política de saúde e de financiador das organizações sociais.

Esclareça-se, assim, que a relação de cooperação público-privada não implica a delegação de competência do Estado, pois ainda que prestem serviços públicos, as entidades continuam com natureza jurídica de direito privado, não são, pois, investidas de autoridade pública. Além disso, não substituem a ação do estatal, mas a complementam (CONASS, 2015).

Muito embora os argumentos até agora apresentados sustentem que tecnicamente a gestão por organização social não se configura como privatização, a adoção de tal modelo de gestão, na prática, porém, pode segundo Sodré et al., (2013, p. 374), “ampliar o espectro de penetração da lógica do mercado na gestão dos serviços do Sistema Único de Saúde”.

Nesse âmbito tem-se que a visão de gestão privada empresarial passa a ser o modelo usado para reger a gestão no SUS, que deixa de ser totalmente estatal, e abre-se espaços de privatização. Ainda, arremata Sodré et al., (2013, p. 273) “[...] no caso das organizações sociais, a gestão é privada, com regime jurídico privado permeado por algumas derrogações de direito público”.

Contudo, acredita-se, para fins desta pesquisa, que a análise quanto ao implemento das organizações sociais deve ir além da mera dicotomia do discurso do público *versus* privado, uma vez que deve ser considerada como uma política concreta que interfere não somente sobre o modelo de saúde, mas sobre a direção assumida pelo governo.

Por sua vez, assegura Di Pietro (2014) que, as organizações sociais deveriam incorporar algumas características a fim de atingir um mínimo de moralidade que se espera na administração da coisa pública, a saber, licitação para escolha da entidade; comprovação de que a entidade já existe e tem sede própria, patrimônio capital; demonstração de qualificação técnica e idoneidade financeira para

administrar o patrimônio público; submissão aos princípios da licitação; prestação de garantias, tal como se exige nos contratos administrativos.

Não obstante o posicionamento da doutrina encampada por Di Pietro relação à submissão aos princípios inseridos na Lei de Licitações, deve-se enfatizar que o Supremo Tribunal Federal já se manifestou que o contrato de gestão baseia-se em regras mais flexíveis, com ênfase ao controle dos resultados. E por tal razão, “as compras e alienações submetem-se a outros procedimentos que não os de licitação com base na Lei nº 8.666/93, voltada para as entidades de direito público” (BRASIL, 2007).

Aliás, a própria Constituição Federal autoriza a Lei dispor sobre exceções à regra da licitação (artigo 37, inciso XXI). Esclareça-se, ainda, que o fato de as organizações sociais não estarem sujeitas ao procedimento licitatório para aquisição de insumos e serviços não significa que estão afastadas do âmbito do controle estatal, pois na hipótese de violação a dispositivos legais, aos princípios da Administração Pública ou nos casos de não cumprimento dos resultados esperados, o respectivo contrato de gestão poderá ser rescindido, seguido da responsabilização político-administrativa dos executores do referido contratos com base na Lei de Improbidade Administrativa.

Essa questão adquire ainda maior relevo quando se verifica que as próprias organizações sociais podem ser contratadas, com dispensa de licitação, para executar as atividades contempladas nos respectivos contratos de gestão, com base no art. 24, XXIV, da Lei de Licitações e Contratos.

Com efeito, o fato de celebrar contrato de gestão com o ente público não altera a natureza da entidade privada, que, assim, não submete aos regramentos de direito público que regem os órgãos e as entidades da administração Direta e Indireta, neste último caso, a exemplo das autarquias e fundações públicas de direito público (CONASS, 2015). Acerca do tema, oportuno trazer o discurso de Modesto (1997, p. 201):

> as organizações sociais, no modelo proposto, não serão autarquias veladas, nem titularizarão qualquer espécie de prerrogativa de direito público. Não

> gozarão de prerrogativas processuais especiais ou prerrogativas de autoridade. Não estarão sujeitas a supervisão ou tutela da administração pública direta ou indireta, respondendo apenas pela execução e regular aplicação dos recursos e bens públicos vinculados ao acordo ou contrato de gestão que firmarem com o Poder Público. Não serão instituídas por lei nem custeadas na sua integridade, de modo necessário, pelo Poder Público. Serão entidades privadas reconhecidas pelo Estado, à semelhança das atuais entidades de utilidade pública, devendo sua constituição jurídica à iniciativa voluntária de indivíduos. Não serão criaturas do Estado, nem sucessoras necessárias de entidades públicas extintas. Podem ser reconhecidas ou qualificadas como tais independentemente da extinção de qualquer ente público existente.

Ademais, existem argumentos no sentido de que por meio da gestão público-privada, o Estado se afasta das atividades que lhe são afetas. Nesta perspectiva, destaca-se Montaño (2005), para quem na atualidade é forte e clara a presença da hegemonia burguesa no âmbito estatal. Ainda segundo ele, a parceria do Estado com as organizações do Terceiro Setor (na qual se inclui as organizações sociais) resulta em que a ação social passa a ser minimamente resolvida pelo Estado ao ser transferida para as organizações da sociedade. Além disso, a parceria com o Estado não carrega a devida participação popular, uma vez que à comunidade só cabe participar em ações já estabelecidas pelo poder instituído (MONTAÑO, 2005).

Nesse contexto, fala-se em uma pseudoparticipação social na gestão das organizações sociais de saúde, ao argumento de que somente se delega à coletividade aquilo se pretende compartilhar, de modo que os processos decisórios continuam centrados nos órgãos de cúpula das entidades.

Por esse motivo, haveria uma falsa participação, isto é, uma participação manipulada, diferentemente da participação defendida pelo SUS, consistente numa participação popular por inteiro, do “pensar ao executar” e não só em relação ao “executar”.

No âmbito das relações sociais presentes na luta pela hegemonia, os processos de participação podem estar vinculados aos interesses e estratégias de dominação, por um lado, ou aos de emancipação, segundo informam Abreu (2004) e Aguiar (2011).

Para esses autores, as propostas de participação representativas dos interesses dominantes refletem um modo de participação restrita, consubstanciada na ideologia

do colaboracionismo entre classes sociais, que não inclui operar no nível das tomadas de decisões, dado que elas já são apresentadas prontas para aqueles que irão participar. Revela-se, portanto, uma falsa participação, que reforça a subalternação, em que está presente uma relação de dominação dissimulada que oculta e mascara processos e mecanismos autoritários de dominação (ABREU, 2004; AGUIAR, 2011).

Ainda, a participação como elemento estratégico na luta pela hegemonia supõe a atuação na articulação de propostas, na definição de recursos, na tomada de decisão. Neste sentido, para Aguiar (2011), a participação só existe quando a população toma parte na gestão e no usufruto dos bens produzidos em uma sociedade.

Portanto, se a decisão de se implementar a gestão da saúde por meio de organização social, se a definição e contratualização das organizações sociais são decisões tomadas sem a efetiva participação social como postula o SUS, o processo relacionado a gestão por organização social perde a característica de participativo e democrático.

Apesar dos argumentos contrários ao implemento das organizações sociais, verifica-se que o modelo de gerenciamento por organização social multiplica-se pelos diversos estados brasileiros, observando-se situações de maior ou menor adesão.

O Estado de São Paulo, por exemplo, foi vanguarda no implemento das organizações sociais de saúde. Vale ressaltar que à época (idos de 1998), o Estado encontrava-se limitado pela “Lei Camata”, a qual impossibilitava a contratação de pessoal na área da saúde pelo Estado (RODRIGUES; SPAGNUOLO, 2014). Segundo Ferreira Junior (2003, p. 248),

> o principal problema do governo estava em viabilizar a contratação do pessoal necessário para a implantação dos hospitais, uma vez que isso implicaria um incremento de mais de 15 mil funcionários públicos, elevando o percentual relativo da folha de pagamentos do estado, dentro do orçamento geral, para um nível superior ao permitido pela legislação em vigor (Lei Camata). Com a transferência da gerência desses hospitais para as OSS, aquela restrição legal não era mais aplicável.

Consoante se nota, a criação das OSS no Estado de São Paulo respondeu a uma clara escolha estratégica com vistas a superar as limitações jurídicas, administrativas e fiscais percebidas no modelo da administração pública direta. Dentre as dificuldades que o modelo tradicional na área de administração pública hospitalar paulista apresentava ao fim da década de 1990, destacam-se:

> a impossibilidade do gestor pagar salários compatíveis com o mercado e dessa forma fixar seu pessoal e mantê-lo adequadamente treinado e atualizado [...]; a obrigação de comprar serviços por meio burocratizado (licitação) que não atendia às necessidades e peculiaridades do setor de saúde, quer na questão da qualidade ou na agilidade/urgência de algumas aquisições; a impossibilidade de gestão independente dos recursos financeiros da unidade, de modo a permitir converter as "economias" realizadas, em recursos destinados a investimentos ou acréscimos orçamentários em outras áreas da própria unidade hospitalar (COSTA;RIBEIRO, 2005, p. 47).

Além disso, o Estado de São Paulo defrontava-se com obras de hospitais inacabadas por governos anteriores, que permitiriam disponibilizar à população cerca de 2075 leitos operacionais de internação e 679 leitos complementares UTIs e outros distribuídos em 13 hospitais (COSTA; RIBEIRO, 2005).

Nesse cenário de retomada das obras, a Secretaria de Estado de Saúde viu-se obrigada a operar esse contingente de hospitais que apenas existiam fisicamente. O principal problema do governo era a contratação de pessoal (mais de 15 mil funcionários públicos), uma vez que elevaria a folha de pagamento do Estado para nível superior ao permitido pela "Lei Camata".

Foi assim que o Poder Executivo Estadual de São Paulo implementou o modelo organizacional formatado pela Lei das Organizações Sociais do governo Federal, ou seja, justamente para se esquivar dessa restrição legal com a transferência da gerência desses hospitais para as organizações sociais de saúde.

Destaca-se que a Secretaria Estadual de Saúde, já nos primeiros meses de funcionamento dos hospitais sob a governança das organizações sociais de saúde, pôde dispor sobre o volume de atividades realizadas pelos hospitais e sobre o volume de despesas com a contratação de cada um deles. Ademais, foram

disponibilizados indicadores clássicos de produtividade hospitalar (tempo médio de permanência, taxa de ocupação, número de saídas, atividades e procedimentos ambulatoriais e de urgência/emergência) (COSTA; RIBEIRO, 2005).

E em razão dos resultados alcançados, o Estado de São Paulo serviu de espelho, fomentando a expansão desse novo modelo de gestão de saúde para diversos Estados brasileiros, especialmente, para sanar os problemas de contratação de pessoal. Sobre o tema, registra-se:

> Em 2005, a experiência paulista foi avaliada pelo Banco Mundial, conjuntamente com a Fiocruz e a USP, em estudo que comparou 12 hospitais gerenciados por OSSs com dez hospitais integrantes da administração direta da Secretaria de Estado de Saúde, com o mesmo porte, complexidade e características. O resultado, obtido em todos os indicadores, tanto de saúde, quanto econômicos e financeiros, revelou que o modelo OSS apresentou desempenho superior (COSTA; RIBEIRO, 2005, p. 53).

Por essas razões, o estudo se propõe a analisar os resultados da gestão por organização social de saúde no Estado do Espírito Santo, particularmente, por meio do caso do Hospital Estadual Central.

Dessa forma, ultrapassadas as considerações gerais acerca do modelo de organização social e seus reflexos na seara da saúde, passa-se, por ora, a análise do estudo de caso.

5 O CASO DO HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL (HEC)

Antes de adentrar propriamente no estudo de caso, faz-se oportuno compreender aspectos históricos referentes ao Sistema Único no Estado do Espírito Santo.

Numa síntese histórica recente, infere-se que o Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo iniciou-se de fato em 2004, quando da habilitação do Estado como Gestor Pleno do Sistema Estadual de Saúde.

Este fato precipitou vários movimentos de organização e consolidação de uma política pública universal, com ênfase na ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde com o objetivo de superar a tripla carga de adoecimento da população e um cenário de escassez de estrutura funcional desalinhada ao espectro epidemiológico e demográfico no Espírito Santo (MACROPLAN, 2008).

Nesse sentido, registra-se que a população do Espírito Santo vem passando por grandes transformações no período recente. O perfil demográfico do estado se alterou nos últimos anos, seguindo a tendência observada no restante do Brasil de aumento da parcela de idosos no total da população.

Ademais, o estilo de vida da sociedade também tem se modificado rapidamente, verificando-se o crescimento acentuado do consumo de álcool e drogas, especialmente entre os mais jovens, em simultâneo ao aumento do sedentarismo, do estresse e de hábitos alimentares ligados à obesidade. Também tem ocorrido uma elevação dos índices de violência doméstica e urbana, principalmente, nas cidades mais populosas do Estado.

Por conta desses elementos, o Espírito Santo, a exemplo do que ocorre no resto do Brasil, vem experimentando a chamada transição epidemiológica, caracterizada pelo crescimento das doenças crônicas, mais frequentes em países desenvolvidos.

Aqui, entretanto, seguindo uma tendência típica de países em desenvolvimento, a transição epidemiológica se apresenta incompleta, no sentido de que o aumento dos problemas crônicos não ocorre em substituição às doenças infectocontagiosas, em

geral derivadas de condições sanitárias e de nutrição inadequadas, mas aparece em meio à prevalência dessas últimas em graus ainda mais elevados.

Esse processo representa enorme desafio para o sistema de saúde. Cabe a este lidar diretamente com o aumento dos problemas crônicos típicos do envelhecimento, como as doenças do aparelho circulatório e suas manifestações agudas, o infarto e o derrame.

Cabe, igualmente, prover atenção ao grande contingente de pessoas em situação de sofrimento psíquico por dependência química, bem como procurar reduzir o número de mortes precoces por violência ou acidentes de trânsito.

Ainda, é de incumbência do sistema de saúde prevenir e tratar as doenças infectocontagiosas que continuam a acometer a população, assim como outros problemas associados à deficiência das condições sanitárias e de alimentação. Acrescente-se a isso, também, a responsabilidade pelas ações de educação em saúde, objetivando a prevenção de doenças e agravos, assim como a promoção da saúde.

Diante desse cenário, ao longo dos últimos anos, vem sendo adotado pelo governo estadual um conjunto de políticas, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e em estreita articulação com os municípios capixabas, com o objetivo de orientar o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Espírito Santo para o enfrentamento dessas questões.

Trata-se de um movimento ainda em curso, não apenas porque a complexidade envolvida na estruturação de qualquer sistema de saúde é enorme, ainda mais diante dos desafios colocados pelo atual quadro epidemiológico, mas também porque o seu ponto de partida foi uma situação de forte deterioração da assistência à saúde no Estado, decorrente da desorganização financeira, política e administrativa que caracterizou o governo capixaba na década de 1990.

De fato, várias questões ainda têm que ser enfrentadas para que a população capixaba seja atendida em todas as suas necessidades de saúde. Porém, frutos

importantes já puderam ser colhidos ao longo do processo de reorganização do sistema de saúde do Estado promovido nos últimos anos, tais como a ampliação da oferta de serviços nas regiões de saúde.

Diante do fortalecimento do papel dos municípios em organizar e gerir principalmente à atenção básica, ficou nas mãos do nível estadual do SUS, as ações de média e alta complexidades. No caso do Espírito Santo, a rede hospitalar de urgência e emergência continua sendo gerida pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA).

Não obstante os avanços estatais no papel de regulador, financiador e prestador de serviços, registros mostram incapacidade da rede própria em responder às demandas da população, sendo motivo constante de reclamações, denúncias e greves, como aquelas ocorridas nos anos noventa e começo do século XXI.

Assim, numa análise restrita, pode-se inferir também que por ser o sistema de saúde uma organização complexa de natureza adaptativa, este aspecto multivariado das questões de saúde requer também soluções complexas para se superar, nesse caso em exame, o Estado adotou modelo de gestão por Organizações Sociais, a partir de 2009, com regulamentação para criação e qualificação dessas organizações por meio da lei Complementar nº 489, de 21 de junho de 2009.

Em que pese a ampla polêmica e as discussões de caráter político ideológico que circundam acerca da opção de um sistema universal de natureza totalmente estatal, cabe recortar que essa visão não prevaleceu na Assembleia Constituinte de 1988, que embora tenha acolhido teses e propostas do movimento sanitário consagradas no documento final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, também permitiu a participação da iniciativa privada na seara da saúde.

Destaca-se, inclusive, que esse enfrentamento entre aqueles saúdam a participação da iniciativa privada e aqueles que a identificam como um retrocesso – ambos os posicionamentos considerados como ideológicos – representam distintos interesses em relação à saúde, subsidiados por projetos societários também distintos.

Desse modo, muito embora o implemento do modelo de gestão por organizações sociais tenha sido alvo de constantes objeções – que diga-se de passagem ainda persistem nos dias atuais –, convém lembrar que existiram no estado do Espírito Santo até o implemento da gestão por organizações sociais, diversas tentativas alternativas de modelos de gestão. A título ilustrativo, no ano de 1967 foi extinta a Fundação Hospitalar do Estado do Espírito Santo (FHES) e criado o Instituto Estadual de Saúde Pública - IESP (autarquia estadual).

Cabe destacar, no período de gestão da rede hospitalar por autarquia, mecanismos que já se assemelhavam ao modelo de gestão por organização social. Havia um mecanismo de pactuação denominado acordo de resultados, firmado entre a unidade hospitalar e a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) com o apoio de um colegiado de diretores de hospitais, bem como mecanismos e critérios de incentivo ao desempenho funcional de servidores de saúde nessas unidades, com base nos indicadores e metas estipulados no acordo de resultados correspondente.

Nesse viés, observa-se que a implantação do modelo de gestão por organização social ocorreu de forma gradual, a começar pelos mecanismos de incentivo e de controle de resultados, conforme visto. Ademais, antes do implemento da gestão por organização social, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) realizou estudos prévios direcionados à análise da situação do sistema de saúde do estado no ano de 2008.

Nesse contexto, foram analisadas e avaliadas as estruturas e os instrumentos, bem como identificadas as deficiências e as lacunas mais relevantes. À época, em entrevistas realizadas junto a integrantes da SESA foram revelados diversos problemas de desempenho, gestão e funcionamento da assistência hospitalar. Neste ponto, confira-se:

> Opiniões dos Entrevistados: a) Desempenho e configuração da rede hospitalar: i. Falta de integração entre hospitais e entre diretores; ii. Existência de vazios e lacunas na rede hospitalar; iii. Falta de referências básicas; iv. Lentidão na redução da prestação direta de serviços de assistência hospitalar pela SESA. b) Organização e estrutura da assistência hospitalar: i. Ausência de dirigente para a área de assistência hospitalar; ii. A inserção dos hospitais na estrutura básica da SESA gera muita rigidez e baixa autonomia, prejudicando seus desempenhos e funcionamentos; iii.

> Ausência de espaço organizacional para discussões referentes à gestão dos hospitais; iv. Desativação, na prática, do Colegiado de Diretores de Hospitais. c) Gestão dos serviços: i. Deficiências ou insuficiências na contratualização; ii. Existência de poucos contratos de serviços conveniados; iii. Inexistência de contratos com hospitais do governo; iv. Falta de pactuação entre hospitais e Secretaria; v. Inexistência de pactuação inter-hospitais, evitando desperdícios. vi. Falhas ou desatualização dos sistemas de informação; vii. Insuficiências nos sistemas de informação existentes; viii. Desatualização dos cadastros dos estabelecimentos; ix. Deficiências informacionais e operacionais no sistema de pagamento dos hospitais. d) Monitoramento: i. Inadequação no acompanhamento da execução financeira pelos hospitais; ii. Ausência de contratos dificulta o monitoramento, levando ao uso do histórico dos serviços como fonte de informação para o controle. e) Recursos e insumos: i. Deficiências na gestão de recursos humanos para os hospitais; ii. Dificuldade e distorções na qualificação dos profissionais para atuar na alta complexidade; iii. Deficiências no sistema de formação de profissionais da saúde; iv. Dificuldade dos hospitais para recrutamento de pessoal adequado; v. Planos de desenvolvimento de RH da SESA não atende às necessidades dos hospitais, cuja gestão deveria assumir a responsabilidade pela formação técnica do seu pessoal; vi. Desarticulação e inadequação na provisão de recursos e insumos; vii. Falta de articulação no núcleo central da SESA para atender à prestação de serviços, em termos de suprimento, estoque etc. viii. Percepção simplista da gestão da área meio para atendimento dos hospitais (MACROPLAN, 2008).

Como resultado do estudo, apresentou-se um conjunto de recomendações, sob a forma de projetos estruturantes e/ou medidas imediatas, para a reorganização e aprimoramento do sistema estadual de saúde no tocante a assistência hospitalar. É possível aferir do relatório do estudo da MACROPLAN (2008-2010) que:

> [...]1.1.6. Quanto à responsabilidade sobre a execução, cabe à SESA garantir e disponibilizar serviços e ações de saúde, fazendo-o diretamente ou através de terceiro. É justamente aqui que se coloca a questão da redução do papel de execução direta: a SESA deve retirar-se da execução direta, porém de forma responsável e realista, sem prejuízo do atendimento à população, nem do planejamento e coordenação dos serviços e ações de saúde. 1.1.7. Assim, ao invés de “retirar as Secretarias da execução de serviços e ações de saúde, concentrando a atuação no papel de Gestora do Sistema de Saúde”, a formulação mais adequada e eficaz seria: “retirar as Secretarias da execução de serviços e ações de saúde, concentrando a atuação no seu planejamento e coordenação”. 1.1.8. Todavia, é irrealista pretender que isso ocorrerá a curto ou médio prazo, por duas razões básicas. Primeiro, pode ser conveniente e estratégico que a SESA mantenha sob sua responsabilidade direta algumas tarefas executivas, principalmente as que envolvam complexidade elevada. Segundo, dificilmente os pequenos e médios municípios deterão condições e competências gerenciais e técnicas para a execução de determinados serviços e ações, mesmo que sejam formalmente de sua alçada. 1.1.9. Consequentemente, a SESA deve igualmente desenvolver e manter competências para a gestão e execução de serviços e ações efetivas, eficazes, eficientes e de qualidade (MACROPLAN, 2008).

Neste ambiente marcado por profundos interesses corporativos e de mercado, cabe

avaliar em que medida essa inovação na gestão contribui de fato para a oferta de cuidados hospitalares adequados aos usuários que demandam o sistema público em busca de assistência hospitalar especializada.

5.1 DO PERFIL E DAS CARACTERÍSTICAS DO HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL (HEC):

O Hospital Dr. Benício Tavares Pereira, Hospital Estadual Central (HEC), localizado no município de Vitória, foi inaugurado em 15 de dezembro de 2009 e as atividades assistenciais foram iniciadas no dia 17 de dezembro do referido ano. Vale registrar ainda que, a mencionada unidade hospitalar encontrava-se gerenciada pela Organização Social, Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (Pró-Saúde), vide contrato nº 001/2008.

Em dezembro de 2011, a Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC) assumiu a gestão do Hospital Estadual Central (HEC) por meio do contrato de gestão 331/2011, permanecendo até a data de conclusão desta dissertação.

O Hospital Estadual Central (HEC) foi selecionado para análise por ser um hospital do tipo “portas fechadas” (atende pacientes encaminhados por hospitais estaduais, como, Dório Silva, São Lucas, Antônio Bezerra de Faria, via Central de Regulação de Vagas da SESA), com perfil cirúrgico e serviço de referência para tratamento de acidentes vasculares cerebrais e ortopedia, conforme dados fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo (SESA).

Destaca-se que além dos serviços cirúrgicos, o Hospital Estadual Central (HEC) possui um Centro de Diagnóstico, que apoia as atividades hospitalares e presta serviços aos usuários externos, de modo que também são realizados serviços de tomografia, raio-X, endoscopia, broncoscopia, ultrassonografia e ecocardiograma.

No contexto de estrutura física, o Hospital Estadual Central (HEC) possui 8.266,22 m² de área construída, com o total de 145 leitos, sendo 127 leitos distribuídos para

as especialidades de cirurgia vascular, ortopedia, neurologia clínica/AVC, neurocirurgia e polissonografia e 18 leitos de UTI. Além disso, possui 02 leitos na sala de urgência (não censáveis), 05 salas cirúrgicas, 05 leitos de recuperação pós anestésica (não censáveis), 05 macas no acolhimento e 04 salas ambulatoriais.

Ademais, também constituiu fator decisivo para nortear a seleção do referido hospital, o fato de a atual entidade gerenciadora ter experiência de gestão hospitalar (Associação Congregação de Santa Catarina), já que atua diversos hospitais localizados em outros Estados brasileiros (Rio de Janeiro, São Paulo e Santa Catarina).

Neste estudo busca-se relacionar os valores do primeiro e segundo contrato de gestão, bem como os resultados alcançados sob o ponto de vista de metas contratadas e parâmetros de qualidade utilizados para avaliar desempenho.

Dito isso, passa-se a análise dos instrumentos contratuais firmados pelo Estado para gestão do Hospital Estadual Central (HEC).

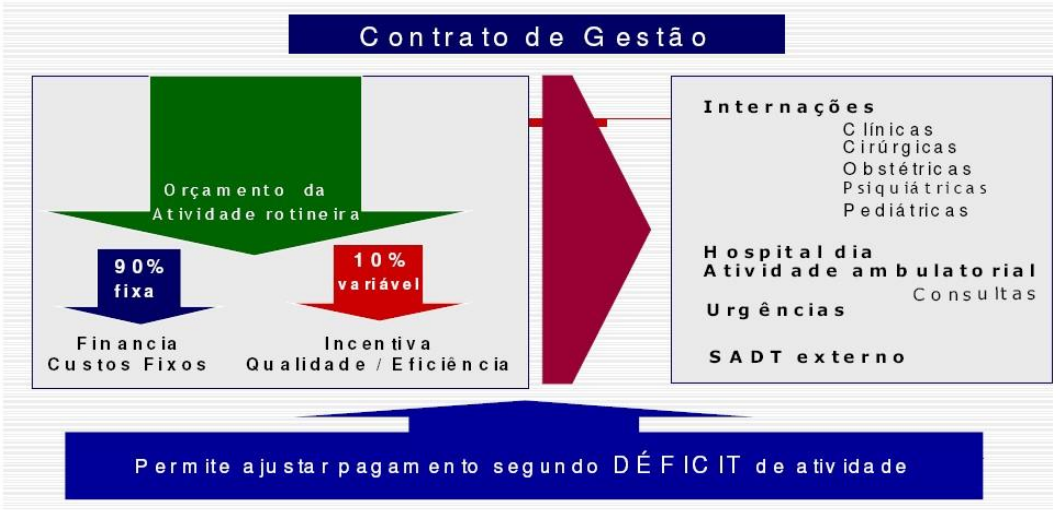
5.2 CONTRATO DE GESTÃO Nº 001/2008 FIRMADO COM A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR - PRÓ-SAÚDE:

Inicialmente, vale mencionar que o contrato de gestão firmado entre o Estado do Espírito Santo e a primeira organização social de saúde (Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - Pró-Saúde) foi entabulado em 2008 e o segundo contrato foi firmado em 2011, ocasião em que houve a troca da organização social de saúde gerenciadora, passando a gestão da mencionada unidade hospitalar para Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC), cuja análise será feita *a posteriori*.

O primeiro contrato de gestão firmado com a Pró-Saúde teve prazo de vigência de 05 (cinco) anos, com previsão de possibilidade de renovação, depois de demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas.

Além disso, consta previsão de prorrogação do prazo contratual condicionada à manifestação prévia da Procuradoria Geral do Estado (cláusula sexta, 6.1).
Observa-se também previsão expressa de alteração contratual, parcial ou total mediante prévia justificativa por escrito e autorização do Secretário de Estado da Saúde (cláusula nona, 9.1).

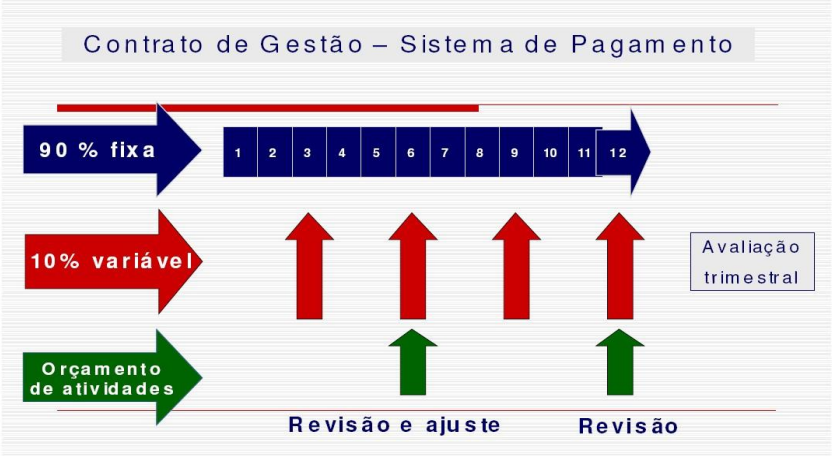
A arquitetura do contrato de gestão pode ser explicada pela figura 1:



Fonte: Relatórios da Consultoria Atto Gestão e Educação em Saúde, 2010.

De outra banda, quanto ao sistema de pagamento, conforme visto na figura 1, há uma parte “fixa” do orçamento, que constitui 90% do total e os 10% restantes são variáveis, dependendo da consecução de objetivos de organização, qualidade e eficiência, medidos por indicadores qualitativos estabelecidos no manual de indicadores.

Dessa forma, o sistema de pagamento dos contratos de gestão pode ser representado graficamente na figura 2:



Fonte: Relatórios da Consultoria Atto Gestão e Educação em Saúde, 2010.

Constata-se que no primeiro ano de vigência do contrato, o somatório dos valores previstos a serem repassados ficou estimado em R$ 38.282.575 (trinta e oito milhões duzentos e oitenta e dois mil e quinhentos e setenta e cinco reais), com o registro de que foi estipulado que a liberação do valor em favor da contratada se daria em 12 parcelas mensais, dividido em 04 (quatro fases).

Nos primeiros sessenta dias subsequentes à assinatura do contrato estavam compreendidos basicamente serviços de apoio técnico e administrativo (segurança, recursos humanos, suprimentos, limpeza, farmácia, serviço social, manutenção predial), vide cláusula oitava (8.1).

Nas fases subsequentes, as parcelas mensais corresponderiam a uma parte fixa (1/10 de 90% do orçamento anual diminuído do valor pago nos primeiros 60 dias), e um valor correspondente à parte variável do contrato (1/10 de 10% do orçamento anual, diminuído do valor pago nos primeiros 60 dias).

Interessante ressaltar que este modelo de financiamento difere da forma de custeio do modelo de gestão pela Administração Direta, considerando ser essa uma vantagem importante na agilidade de funcionamento do serviço hospitalar. Destaca-se que na gestão estatal tradicional, a execução dos recursos financeiros segue o Decreto Lei 4.320/64, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LC nº 101/2000), ou seja, observa ritos rígidos e formais.

Ainda quanto às condições de pagamento, observa-se, em caso de inadimplemento, a previsão de incidência de multa moratória de 2% sobre o valor da parcela em atraso, somada a atualização monetária calculada até a data do efetivo pagamento (cláusula oitava, parágrafo primeiro).

Registra-se que essa previsão confirma que o descumprimento do contrato de gestão implica penalidade pecuniária robusta, o que, por consequência, aumenta a responsabilidade da organização social contratada na execução da atividade e dos deveres que lhe incumbem.

De outra banda, estabelece o referido contrato que a parte contratante exigirá para liberação das parcelas devidas à contratada, a partir do segundo mês, comprovantes de recolhimento dos encargos sociais, trabalhistas e tributários, ficando a liberação do pagamento condicionada à efetiva quitação dos encargos (cláusula oitava, 8.2.1).

Sobre esse aspecto, resta configurado importante mecanismo de monitoramento, controle e avaliação que exige do Poder Público uma estrutura de profissionais especializados que possam aferir a regularidade do cumprimento dos deveres pela organização social, bem como quanto ao alcance dos objetivos do contrato.

Noutro giro, verifica-se a existência de cláusula que prevê a permissão de uso de bens móveis, imóveis e afastamento de servidores, observado o interesse público (cláusula quarta, 4.1.3). Além disso, há cláusula que obriga a contratada a zelar pela guarda e vigilância dos bens, sem que isso lhe gere qualquer direito de retenção ou indenização (cláusula segunda, 2.2).

Essas cláusulas reforçam o entendimento de que a transferência da gestão para uma organização social não representa privatização. Na verdade, está mais em linha com um convênio em que se executa uma atividade de relevância social e de interesse público. Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal no bojo da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923/DF já se manifestou:

> Daí o chamado “contrato de gestão” consistir, em linhas gerais, num convênio. Não exatamente num contrato de direito público, senão nominalmente [...]. Neste passo, calha invocar a doutrina de Hely Lopes

> Meirelles, para quem “no contrato as partes têm interesses diversos e opostos; no convênio os partícipes têm interesses comuns e coincidentes”. É como também ensina Celso Antônio Bandeira de Mello, nesta clara dicção: os “convênios e consórcios diferem da generalidade dos contratos administrativos porque, ao contrário destes, não há interesses contrapostos das partes, mas interesses coincidentes”. Ainda Marçal Justen Filho, a saber: “no chamado ‘convênio administrativo’, a avença é instrumento de realização de um determinado e específico objetivo, em que os interesses não se contrapõem – ainda que haja prestações específicas e individualizadas, a cargo de cada partícipe”. Ora, no caso da celebração, entre Estado e organização social, de “contrato de gestão”, impossível deixar de reconhecer a presença de interesses tão recíprocos quanto convergentes. A entidade privada “contratante” tem objetivos de natureza social e finalidade não lucrativa (alíneas “a” e “b” do inciso I do art. 2º da Lei 9.637/98).

Acresça-se, ainda, que cabe à contratada manter durante a execução do contrato as mesmas condições de habilitação exigidas quando do processo seletivo (cláusula terceira, 3.1.1), bem como responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência que seus agentes causarem a pacientes, aos órgãos do SUS e a terceiros (cláusula terceira, 3.1.5).

Importante seria analisar como tem sido a aplicação desta cláusula na prática pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), todavia isto exigiria estudo robusto para a verificação dos casos de dano a terceiros judicializados, o que demandaria mais tempo do que há disponível para fomentar a análise.

A bem da verdade, o que se busca com esta cláusula é confirmar a segurança jurídica do contrato de gestão, tanto para o Estado que transfere o recurso, quanto para a organização social que detém personalidade jurídica própria e autonomia para execução dos serviços.

Aliás, tal cláusula resguarda tanto o interesse do ente estatal, como o da sociedade civil, uma vez que podem, respectivamente, buscar a devida reparação em caso de dano e de má gestão, já que a organização social responde pelos seus atos.

A toda evidência, há diversos instrumentos no entorno do contrato de gestão que possibilitam a Administração Pública exigir o cumprimento da avença pela parte contratada.

De outra banda, acerca das obrigações do contratante, verifica-se que incumbe ao Estado analisar, anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços da organização social, a fim de verificar se a mesma dispõe de suficiente nível técnico assistencial para a execução do objeto contratual (cláusula quarta, 4.1.5).

Além disso, há previsão de verificação periódica do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela organização social (cláusula quinta, 5.1). Constata-se que a verificação é relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a contratada e os resultados são apontados através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas (cláusula quinta, 5.2).

Os indicadores do ano de 2008 no que diz respeito à gestão hospitalar foram, a saber, tempo médio de permanência, qualidade de informação, comissões (anexo I, p.12). A tabela do anexo I, p.12, bem exemplifica essa relação entre indicadores e metas quantitativas.

Já os indicadores relativos à atenção à saúde foram, a saber, taxa de mortalidade institucional, taxa de infecção hospitalar, taxa de satisfação do cliente interno e externo, conforme se nota do anexo I, p. 11/12.

Em relação aos resultados, há previsão de análise por comissão de avaliação indicada pelo Secretário de Estado, composta por profissionais de notória especialização (cláusula quinta; 5.4).

De outra banda, quanto à estrutura e o volume de atividades contratadas, restou previsto (anexo I, p. 9) que o hospital deveria realizar um número de saídas hospitalares anual de 5.088 (cinco mil e oitenta e oito), de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS, distribuídos nas seguintes áreas:

Áreas de internação	**Nº de saídas 1º Semestre**	**Nº de saídas 2º Semestre**
Cirúrgica	746	2.374

Clínica médica	468	1500
TOTAL GERAL	1.214	3.874

Fonte: Contrato de gestão nº 001/2008

No que diz respeito aos atendimentos de urgência, destaca-se volume anual de 6.800 (seis mil e oitocentos) atendimentos, sendo 2.400 (dois mil e quatrocentos) atendimentos no primeiro semestre e 4.400 (quatro mil e quatrocentos) no segundo semestre (anexo I, p. 9).

Quanto aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) estabeleceu-se a quantia anual de 42.659 (quarenta e dois mil seiscentos e cinquenta e nove) exames, a pacientes externos do hospital (anexo I, p.10). Confira-se:

SADT Externo - grupo	**Exames 1º Semestre**	**Exames 2º Semestre**
Raios-x	8.722	23.370
Tomografia	1.046	3.198
Ultra-sonografia	701	2.460
Endoscopia	702	2.460
TOTAL GERAL	11.171	31.488

Fonte: Contrato de gestão nº 001/2008

Diante da análise desses dados, compreende-se a estrutura organizacional envolvida na prestação de serviços, a parte física, a produtividade e os resultados pretendidos, bem como os indicadores e metas estabelecidas.

Oportuno mencionar que os relatórios de avaliação semestrais e trimestrais referente aos anos em que a Pró-Saúde esteve à frente da gestão do Hospital Estadual Central (HEC) não puderam ser coletados, em razão da necessidade de desarquivamento de tais dados pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), o que demandaria tempo considerável para a coleta, incompatível com o prazo para entrega da pesquisa.

Registra-se, por fim, que esta primeira instituição que gerenciou o referido hospital, a Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (Pró-Saúde), não permaneceu no prazo contratual estipulado em função de não ter havido consenso com a SESA em relação ao valor do primeiro aditivo, culminando na rescisão amigável do contrato.

Neste sentido, ocorreu uma mudança de gestão sem que houvesse prejuízo no funcionamento do serviço, ou seja, não houve solução de continuidade, apenas a substituição da parte contratada, conforme se verá adiante.

5.3 CONTRATO DE GESTÃO Nº 331/2011 FIRMADO COM A ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CATARINA

O contrato firmado com a Organização Social Associação Congregação Santa Catarina (ACSC), contrato nº 331/2011, em diversos pontos, se assemelha com o contrato de gestão entabulado com a Organização Social Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (Pró-Saúde).

Dessa maneira, constata-se que além do prazo de vigência ser equivalente (05 anos), vide cláusula sexta do contrato nº 331/2001, há também previsão de permissão de uso de bens públicos, bem como de responsabilização da contratada em manter a guarda e a vigilância de tais bens, sem que isso lhe acarrete qualquer direito de retenção ou indenização, tendo, inclusive, o dever de devolvê-los no estado em que os recebeu, findo o contrato (cláusula segunda, 2.2 do contrato nº 331/2001).

Outro aspecto digno de nota em ambos os instrumentos contratuais está atrelado à responsabilidade da contratada de manter durante toda execução do contrato as mesmas condições de habilitação exigidas quando do processo seletivo, em relação à regularidade e à idoneidade financeira (cláusula terceira, 3.1.1).

Ainda, observa-se a repetição da cláusula que responsabiliza a entidade contratada pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de

negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a pacientes, aos órgãos do SUS e a terceiros a este vinculados, bem como aos bens públicos (cláusula terceira, 3.1.5).

De igual modo, espia-se dentre as obrigações da contratante em ambos os contratos de gestão, cláusula que prevê a análise da capacidade e das condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como organização social, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico e assistencial para execução do objeto contratual (cláusula quarta, 4.1.6).

Ainda no que diz respeito às semelhanças, verifica-se que também existe a previsão de que para liberação das parcelas devidas à contratada, a partir do segundo mês, a parte contratante exigirá comprovantes dos recolhimentos dos encargos sociais, trabalhistas e tributários (cláusula oitava, 8.3), o que reforça a segurança jurídica da avença, conforme já explanado.

Quanto aos recursos financeiros, restou consignado o repasse da importância global de R$ 39.500.000,00 (trinta e nove milhões e quinhentos mil reais) da parte contratante à contratada (cláusula sétima, 7.1).

No primeiro ano foi previsto repasse de R$ 38.000.000,00 (trinta e oito milhões), efetivado mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais, cujo valor correspondia a um valor fixo (1/12 de 90% do orçamento anual, e um valor correspondente à parte variável do contrato (1/12 de 10% do orçamento anual), consoante o disposto na cláusula oitava, 8.1.

De outra banda, em relação ao montante de R$ 1.500.000,00 restou estabelecido que seria utilizado para aquisição de bens e/ou reforma predial (cláusula sétima parágrafo terceiro e cláusula oitava, 8.2).

Neste aspecto, cumpre anotar que o volume de recursos aplicados na execução do segundo contrato está alinhado aos objetivos da Administração Pública para aquele hospital dentro das necessidades da rede assistencial hospitalar no ano de 2011.

Convém lembrar que houve melhoria da oferta de serviços de alta complexidade de tal nível no Estado do Espírito Santo que ocorreu uma redução no deslocamento de pacientes que buscavam atendimento de ortopedia, neurologia e de cardiologia de alta complexidade em outros estados, o que pode explicar a diferença entre o valor absoluto do primeiro e do segundo contrato.

Ressalte-se que as metas previstas em 2008 (no primeiro contrato firmado com a Pró-Saúde) atendiam a peculiaridades específicas daquele período, como já apresentadas acima.

Tal situação pode também ajudar a esclarecer que os recursos aplicados neste caso do Hospital Estadual Central possibilitaram a correta implantação de assistência hospitalar de alta complexidade à custa dos aditivos contratuais que permitiram a adequação entre metas, objetivos e a execução orçamentária financeira.

Cabe ressaltar ainda, avanço importante no uso racional dos recursos públicos com as despesas de pessoal, já que no primeiro contrato não há limite fixado para essas despesas, ao passo que o segundo, limita as despesas com pagamento de remuneração e vantagens percebidas pelos dirigentes e empregados da organização social contratada a 70% do valor global do custeio (cláusula terceira, 3.1.30).

No segundo contrato encontrou-se também referência ao teto remuneratório de dirigentes e empregados que não deve exceder o teto da rede privada, observando-se a média de valores praticados no mercado médico hospitalar do Estado do Espírito Santo (cláusula terceira, 3.1.30.1).

Compreende-se que tal cláusula impede que organizações sociais de outras regiões inflacionem o custo operacional dos serviços de saúde do Estado.

Não se pode olvidar que no contrato celebrado com a Associação Congregação de Santa Catarina também existe previsão de alteração contratual (total e parcial), contudo, diferente do disposto no contrato firmado com a Pró-Saúde, esta cláusula aparece mais detalhada, inclusive, condiciona a alteração a prévia autorização da

Procuradoria Geral do Estado e do Secretário de Estado de Gestão e Recursos Humanos, além da autorização do Secretário de Saúde (sendo que no primeiro contrato da Pró-Saúde a autorização ficava condicionada apenas a este último).

Assim, o que se percebe é que o instrumento contratual ficou mais sólido e seguro, ou seja, há maior formalismo para sua alteração, já que condicionou a alteração contratual à autorização de pessoas/órgãos diversos e conexos ao acompanhamento dessa política.

Depreende-se que os aditivos no contrato de gestão constantemente são alvo de críticas. Contudo, neste caso estudado foram encontrados aditivos que se correlacionam com o aperfeiçoamento no perfil do hospital, haja vista o aumento do número de procedimentos de maior complexidade tecnológica e de maior custo econômico ao longo de tal gestão.

Ainda, relevante anotar que no referido instrumento contratual não há previsão de variações de demanda oriundas, por exemplo, de epidemias de dengue e outras doenças infecciosas, circunstâncias que geram impacto direto no serviço prestado.

Afora isto, infere-se que as constantes mudanças econômicas, a variação cambial, o preço de material médico hospitalar e de medicamentos, os aumentos salariais (mão de obra) são custos variáveis na execução de qualquer contrato.

Ainda, oportuno mencionar que se encontrou no segundo contrato de gestão mecanismo de garantia, transparência e preservação da destinação dos recursos públicos, uma vez que esses somente podem ser depositados em conta separada à da organização social (cláusula sétima, parágrafo sexto), ou seja, evita-se a confusão patrimonial, descaracterizando a tese de privatização dos recursos públicos.

Quanto ao número de saídas hospitalares, foi computada a quantia anual de 5.243 (cinco mil duzentas e quarenta e três) saídas, da seguinte forma:

Áreas de internação	**Nº de saídas 1º Semestre**	**Nº de saídas 2º Semestre**	**Total anual**
Clínica Médica	637	638	1275
Clínica Cirúrgica	1.984	1.984	3.968
Clínica Obstétrica	---	---	---
Clínica Pediátrica	---	---	---
Clínica Psiquiátrica	---	---	---
TOTAL GERAL	2.621	2.622	5.243

Fonte: Contrato de gestão nº 331/2011

No que diz respeito aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT externo), restou consignada a quantia anual de 31.800 (trinta e um mil e oitocentos) exames a pacientes externos do hospital, confira-se:

SADT EXTERNO GRUPO	**1º Semestre**	**2º Semestre**	**Exames anual**
Raio X	6.000	6.000	12.000
Ultrassonografia	4.620	4.620	9.240
Endoscopia	3.000	3.000	6.000
Tomografia	2.280	2.280	4.560
TOTAL GERAL	15.900	15.900	31.800

Fonte: Contrato de gestão nº 331/2011

Destaca-se, em relação às urgências, que foi previsto volume anual de 10.800 (dez mil e oitocentos) atendimentos, sendo 5.400 (cinco mil e quatrocentos), no primeiro semestre e 5.400 (cinco mil e quatrocentos), no segundo semestre.

Em relação ao atendimento ambulatorial restou previsto para o primeiro semestre e para o segundo semestre, o total de 3.678 consultas, respectivamente, totalizando anualmente a quantia de 7.356 de consultas.

Ocorre que, determinadas metas previstas no contrato de gestão nº 331/2011 (Anexo B) foram alteradas pelo primeiro aditivo contratual (Anexo C), consoante tabela que segue:

Internação	**Metas mensais**
Clínica Médica	89
Clínica Cirúrgica	411
UTI adulto	-
Hospital Dia	60
Urgência/Emergência	190
Ambulatório	800
SADT Externo	
Raio-X Geral	1.000
USG	500
Ecodoppler	100
Endoscopia	250
Ecocardiografia	100
Arteriografia	150
Tomografia	380

Fonte: Termo Aditivo nº 001/2012

O segundo Termo Aditivo foi firmado em novembro de 2012 (Anexo D), em razão de desequilíbrio econômico financeiro no período de janeiro a novembro de 2012. Buscou-se, assim, alterar os recursos estabelecidos no primeiro Termo Aditivo ao contrato de gestão nº 331/2011.

Além da exposição dos termos e parâmetros contratuais/aditivos dos instrumentos de gestão analisados, pretende-se, tal como mencionado no início do trabalho, expor alguns resultados alcançados da gestão do Hospital Estadual Central (HEC) pela Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC), até porque esta organização permaneceu por maior período de tempo no gerenciamento da referida unidade hospitalar.

Nessa linha, segundo dados fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde, no primeiro relatório de avaliação semestral, vide anexo I do contrato de gestão nº 331/2011 (em que o HEC estava sob a gestão da ACSC), realizado pela Gerência de Controle, Monitoramento e Avaliação de Serviços observou-se, a título de considerações gerais, que as despesas estavam maiores que as receitas, o que foi

sinalizado para o gestor da unidade, ocasião em que se solicitou a adequação das mesmas.

O gestor da unidade também relatou dificuldade, argumentando que as internações eram reguladas pela Central de Regulação de Internação de Urgência (CRIU) e que os pacientes do SUS chegavam até à unidade muito debilitados, motivo pelo qual, na maioria das vezes, necessitavam de mais de um procedimento, fato que à época gerou aumento de custo (vide anexo I do contrato de gestão nº 331/2011).

Quanto aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT externo), constatou-se no primeiro semestre de 2012 que não foi possível o cumprimento da meta pactuada, ante o absenteísmo dos usuários. Por outro lado, nota-se que o serviço de ambulatório superou a meta estipulada (vide anexo I).

Em relação aos serviços de urgência e emergência, observou-se que a referida unidade hospitalar no primeiro semestre de gestão pela Associação Congregação de Santa Catarina, também não alcançou as metas previstas, sobretudo, em razão do processo de adaptação dos PAs à nova rotina pactuada para os pacientes de AVC, conforme se observa no relatório constante no anexo I.

Constatou-se, no segundo semestre de 2012 (Anexo J), apenas os serviços de ambulatório alcançaram a meta contratual exigida, o que resultou em desconto de verba.

Destaca-se ainda, que apesar de a organização não ter cumprido de forma integral as metas contratuais exigidas, foi possível observar melhora no índice de satisfação do usuário (de julho a dezembro de 2012), atingindo uma média de 93,2 (vide anexo J).

No primeiro semestre de 2013, verificou-se que a linha de serviço urgências hospitalares superou a meta semestral, tendo em vista as ações voltadas à melhoria do serviço no ano de 2012 (Anexo K).

Consoante o terceiro Termo Aditivo firmado em dezembro de 2012 (Anexo E), estava prevista a meta mensal de 80 atendimentos de urgência e emergência e no relatório de avaliação referente ao primeiro semestre de 2013 (Anexo K), consta que com exceção do mês de janeiro, todos os meses até junho superaram a meta, totalizando a quantia de 586 atendimentos, ultrapassando a quantia de 480 atendimentos previstos (80 atendimentos x 6 meses), prevista no referido aditivo.

Outra meta que também foi superada no primeiro semestre de 2013 diz respeito à linha de serviço ambulatorial, cuja previsão foi de 800 atendimentos mensais e 4.800 semestrais, consoante terceiro Termo Aditivo (Anexo E). Na prática, computou-se o total de 5.096 atendimentos semestrais, com o registro de que em todos os meses superou-se a quantia de 800 atendimentos (vide relatório do primeiro semestre de 2013, Anexo K).

O mencionado Relatório de Avaliação (Anexo K) evidenciou, ainda no primeiro semestre de 2013, a falta da implantação dos exames de arteriografia, denotando a omissão da entidade, oportunidade em que os membros da comissão opinaram por desconto de verba.

Por outro lado, há informação de que no segundo semestre de 2013 a organização social providenciou a instalação do referido aparelho de arteriografia, vide relatório daquele período (Anexo L).

Percebe-se, ainda, que no primeiro semestre de 2014 (Anexo M) não houve desconto algum, o que, de certa forma, revela a contínua busca pela melhoria dos serviços. De igual modo, também não foi efetivado desconto no segundo semestre de 2014 (Anexo N).

Ainda no segundo semestre de 2014, vale destacar que as linhas de serviços de ambulatório e de urgência/emergência alcançaram um quantitativo maior do que o estimado. E em relação às saídas hospitalares, cumpriu-se 91,93% do pactuado (Anexo N).

No segundo semestre de 2015, a Associação Congregação Santa Catarina atingiu 94,27% na linha de internação (Anexo P). Nas demais linhas de serviços alcançou-se o que fora pactuado, inclusive com excedente, 110,41% na linha ambulatório, 131,46% na linha de urgência/emergência, 113,81% na linha SADT externo e 125 % na linha embolização externa (Anexo P).

De outra sorte, constatou-se que a linha de serviço exames laboratoriais externos não foi cumprida, consoante relatório de avaliação referente ao primeiro e ao segundo semestre de 2015 (Anexo P), o que resultou em desconto de 30% sobre o valor da linha que representa. Contudo, segundo a justificativa apresentada pela entidade (vide relatórios referentes ao primeiro e ao segundo semestre de 2015, Anexos O e P) não teria havido número significativo de solicitações, já que esses exames seriam de necessidade decorrente da demanda do ambulatório de neurologia clínica.

Como o trabalho acompanha os respectivos contratos de gestão, bem como os termos aditivos e os relatórios de Avaliação Semestral referentes ao ano de 2012, de 2013, de 2014 e de 2015, elaborados pela Gerência de Controle, Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde, o leitor poderá compreender os dados de maneira detalhada, inclusive, aqueles já mencionados neste tópico. O objetivo deste item foi apenas ressaltar alguns aspectos (quer sejam, positivos ou negativos) da gestão pela referida organização social na prática, sob a ótica do setor responsável pelo controle e fiscalização do contrato.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisou-se neste trabalho o processo de implementação da gestão por organização social no Estado do Espírito Santo, considerando o caso do Hospital Estadual Central (HEC).

Apresentou-se, de início, o cenário em que ocorreu a implantação efetiva de tal modelo, o contexto referente à trajetória do sistema de saúde brasileiro, bem como os aspectos relativos às reformas administrativas de 1990.

Destacou-se, ainda, que no ano de 2008, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) passou por um processo de reformulação de sua gestão para conferir suporte ao desempenho efetivo de suas responsabilidades constitucionais.

Nesse sentido, com a missão de garantir o direito à saúde para a população em todos os níveis de complexidade, verificou-se por intermédio deste estudo que houve uma busca para manter o atendimento aos usuários no tempo certo, no lugar certo, com qualidade e segurança, cumprindo-se os preceitos do Sistema Único de Saúde e com a aplicação dos recursos públicos de forma efetiva.

Além disso, foi possível inferir que prevaleceu à época a noção de que a rede pública de saúde ideal deveria ser governada e construída no mínimo de forma bipartite, tendo o nível municipal como porta de entrada no Sistema Estadual de Saúde para que se pudesse garantir o acesso aos diagnósticos e aos tratamentos necessários a cada cidadão, com fomento a responsabilidade sanitária dos gestores públicos para promoção, proteção e prevenção de agravos de interesse à saúde.

Por outro lado, por meio de estudo, realizado à época, foram apontados diversos desafios como, por exemplo, a sobrecarga de trabalho e a atenção do quadro técnico da Secretaria de Estado da Saúde voltada ao assistencialismo, em prejuízo ao funcionamento esperado no tocante à gestão estratégica da política estadual de saúde – papel fundamental que deveriam desempenhar.

Dessa forma, pode-se dizer que houve uma análise crítica das funções geralmente preconizadas para a gestão do sistema de saúde, à medida que foi proposto novo referencial, à luz de um modelo de planejamento sistêmico com o objetivo de superar as deficiências e lacunas detectadas, recomendando-se, inclusive, o desenvolvimento de um projeto estruturante para gestão do SUS no Espírito Santo, ao mesmo tempo em que também foram propostas medidas de aplicação imediata, dentre as quais se destaca, a implantação do modelo de gestão por organização social nos hospitais públicos estaduais.

Nesta ordem de ideias, verificou-se que o implemento da gestão por organizações sociais não ocorreu de modo aleatório, quer seja, em razão dos estudos realizados, quer seja, por conta das anteriores tentativas alternativas de modelos de gestão, a exemplo da Fundação Hospitalar do Estado do Espírito Santo (FHES) e do Instituto Estadual de Saúde Pública - IESP (autarquia estadual).

Assim, ainda que a matéria de gestão alternativa em saúde suscite acalorados debates, a história recente mostra uma trajetória de inúmeras mudanças organizacionais e normativas neste campo, variando da fundação estatal de direito privado ao modelo de gestão por organização social, que é o mais recente.

E ainda assim não se pode desconsiderar o implemento de outras alternativas de gestão. O Plano Estadual de Saúde em vigor (2016-2019) aponta como recomendação da Secretaria do Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) o estudo de outras formas alternativas de gestão da rede assistencial. Logo, o raciocínio não é estanque, tal como já apontado no objetivo geral deste trabalho.

Nessa linha, restou demonstrado que a busca pela melhoria da gestão está em evolução constante, haja vista a existência de mecanismos semelhantes na gestão por organização social, quando comparados ao funcionamento de autarquias e de fundações estatais (de direito público ou de direito privado).

Isso porque o cuidado em saúde é muito dinâmico e, em diversas circunstâncias, não se pode esperar o fluxo regular administrativo normal, levado a cabo pela gestão puramente estatal. Ora, não se pretende rechaçar o modelo de

gerenciamento pelo Estado, no entanto, o que se percebe é que a busca pela agilidade e eficiência, bem como para o alcance dos objetivos elencados pelo SUS vem sendo tentada, em paralelo à administração exclusivamente estatal, desde o implemento do modelo de fundação estatal de direito privado.

Vale destacar, por fim, que o estudo sugere que a Administração Pública estadual faça uso de outros modelos alternativos de gestão, tais como, serviço social autônomo, autarquias, fundações de direito privado, empresa pública e também o modelo de organização social, para que se permita comparar a eficiência e a eficácia de tais modelos na operação do sistema assistencial público.

A bem da verdade, o que se busca são modelos organizacionais que atendam aos princípios do Sistema Único de Saúde, tais como, universalidade, integralidade, equidade, sem prejuízo quanto ao cumprimento do princípio constitucional da eficiência (artigo 37 da CF/88).

De outra sorte, observou-se que a Lei 9.637/1998, bem como a Lei Complementar nº 489/2009 preveem a participação popular na fiscalização e acompanhamento da execução dos contratos, a exemplo do Conselho Deliberativo, dos Conselhos de Saúde e do Conselho de Administração, contestando a crítica de falta de participação democrática no funcionamento de tal modelo.

Contudo, em que pese a referida previsão nos diplomas legais, na prática, diante dos documentos pesquisados, não se conseguiu constatar tal engajamento, fato que, inclusive, foge a discussão do trabalho já que cabe à sociedade civil exercer a sua prerrogativa de controle social.

Em relação a eventuais sugestões para o aprimoramento do modelo de gestão por organização social, insinua-se a melhoria contínua no monitoramento, controle e acompanhamento dos contratos de gestão, utilizando-se as melhores práticas adotadas no mercado de saúde, inclusive, com recursos de automação e inteligência artificial (controle à distância, formulários *online*, prestação de contas *online*). Essa seria uma forma de reforçar o controle social, conferindo maior transparência em relação às informações sobre custos e acerca da organização dos processos de

atenção à saúde e de trabalho.

Ainda, clama atenção a necessidade de editais de seleção mais completos com a exigência de mecanismos de pré-qualificação de entidades que tenham demonstração de notória capacidade técnica na operação de hospitais especializados, como espécie de controle prévio, diminuindo-se, assim, os riscos de contratações inadequadas.

Sugere-se, por fim, a apresentação de projetos prévios de gestão, a exemplo do que acontece em grandes obras públicas, como se fosse um concurso de projetos, os quais seriam julgados por comissão externa em sessões públicas.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. A dimensão pedagógica do serviço social. **Revista serviço social e sociedade**. São Paulo: Cortez, n.79 (especial), 2004.

AGUIAR, Antônio Geraldo. **Serviço social e filosofia:** das origens a Araxá. 6.3d. São Paulo: Cortez, 2011.

ALBUQUERQUE, Ana Maria et al. **Organizações sociais em saúde no Estado de Pernambuco:** inovação e desafios para o futuro. Disponível em: <http://ibross.animaker.com.br/wp-content/uploads/sites/34/2016/06/OSS-em Pernambuco-2009.pdf .> Acesso em: 09 Jun.2017.

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e saúde coletiva** [online], 1999, vol.4, n.2, p.263-286.

BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, Aug. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Nov. 2017.

BARBOSA, Nelson Bezerra et al. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público privada em Goiás – o caso Huana. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v.66, n.1, p. 121-144, jan./mar., 2015. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/686/616>. Acesso em: 05 out. 2017.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Gestão de hospitais públicos:** maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. Brasília: Revista do Serviço Público, ano 47, vol. 120, mai-ago, 1996, p. 67-97.

BETTONI, Rogério. Dialética e Sartre: uma possibilidade de se pensar a realidade. **Revista Eletrônica FUNREI Metanóia**. São João Del-Rei, n. 3. p. 61-70, jul. 2001. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalable/numero3/rogeriob.pdf>.Acesso em: 03 fev. 2018.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. **Constituição Federal** de 1988. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.Acesso em: 02 fev.2018.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Imprensa Nacional, 1995. Disponível

em:<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 01 Nov. 2017.

_____. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 maio 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 20 Out.2017.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter K. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

_____. **Reforma do Estado para cidadania:** a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Editora 34, 1998.

_____. A reforma gerencial da administração pública brasileira. In: **Moderna Gestão Pública:** dos meios aos resultados. Lisboa: INA - Instituto Nacional de Administração, 2000.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, Oct. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034716720040005000 19&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Nov. 2017.

CARNEIRO, Nivaldo Júnior. **O setor público não estatal:** as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. 2002. 242 f.Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARNEIRO, Nivaldo Júnior; ELIAS, Paulo Eduardo. **A reforma do Estado no Brasil:** as organizações sociais de saúde. Rio de Janeiro: RAP, mar-abr, 2003. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6484>.Acesso em: 15 Out. 2017.

_____.CARNEIRO, Nivaldo Júnior; ELIAS, Paulo Eduardo. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Revista da saúde pública**,v.40, n.50, p.914-920, 2006.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde**: fundamentos e diretrizes do SUS. 2010. 86 f. Especialização em gestão em Saúde-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis - Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.104-121, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231996000101 04&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Out. 2017.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, jan. 2013. ISSN 1806-9592. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/68675>. Acesso em: 18 nov. 2017. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002.

COELHO, Maria Carlota de Rezende; TRUGILHO, Silvia Moreira. Pesquisas sobre políticas de saúde: demandas e desafios. In: Maria Carlota de Rezende Coelho; Maristela Dalbello Araujo; Valmin Ramos Silva (Org.). **Política de saúde e assistência no cotidiano dos serviços**. 1. ed. Editora Emescan: Vitória, 2016, p.11-28.

COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. A dinâmica institucional da reforma do Estado: um balanço do período FHC. In: ABRÚCIO, Fernando Luiz e LOUREIRO, Maria Rita (Orgs.). **O Estado numa era de reformas: os anos FHC. Parte 2**. Brasília: Ministério do Planejamento, Secretaria de Gestão, 2002.

COSTA, Nilton do Rosário; RIBEIRO, José Mendes. **Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social**. Rio de Janeiro, 2005.

COUTINHO, Nina Novaes. As organizações sociais e o contrato de gestão. **Revista de direito público**, Londrina, v. 1, n. 2, p. 25-40, maio/ago. 2006. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/viewFile/11565/10260>. Acesso em: 24 Out.2017.

DINIZ, Tânia Maria Ramos Godói. O estudo de caso: suas implicações metodológicas na pesquisa em serviço social. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Curso de Direito Administrativo**. 27. ed.São Paulo: Atlas, 2014.

FERREIRA JUNIOR, Walter Cintra. **Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde**. RAP: Rio de Janeiro, mar./abr., 2003.

FUHRMANN, Nadia Lucia. **Neoliberalismo, cidadania e saúde**: a recente reorganização do sistema público de saúde no Brasil. Civitas: Porto Alegre, v.4, nº1, jan./jun.,2004, p.111-131. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/49/1732>. Acesso em: 29 Set. 2017.

GERSCHMAN, S. V. et. al. O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. **RAP - Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 265-283, mar./abr.2003.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, June 1995 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475901995000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Nov. 2017.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

IBANEZ, N; NETO, G. V. Modelos de gestão e o SUS**. Revista Ciência e saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12.

JUSTEN FILHO, Marçal**. Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos**. 13 ed. São Paulo: Dialética, 2009.

LEMOS, Sheyla. **O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor Saúde:** do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital das Clínicas Raphael de Paula Souza. Tese de Mestrado - EBAP/FGV, mimeo, 1993.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde:** efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços. 2000. 264 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/lobatolvcd.pdf. Acesso em: 20 Out., 2017.

LOBO, Flávio. As leis e as práticas: uma breve história das organizações sociais no Brasil. In: NAVES (Coord.). **Organizações sociais:** a construção do modelo. São Paulo: Quartier latin, 2014.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017001405006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Oct. 2017.

MÂNICA, Fernando Borges. **Participação privada na prestação de serviços públicos de saúde**. 2009. 307 f. Tese (Doutorado em Direito do Estado) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 2, n. 2, p. 9-18, jan./abr., 2008.

MELO, Cristina Andrade. As organizações sociais e as Quasi autonomous non-governamental organizations (Quangos) da Grã-Bretanha: uma fuga para o direito privado. **Revista do Tribunal de Cotas do Estado de Minas Gerais**, v. 79, n. 2, ano XXIX, p. 65-68, abr./maio., 2011.

MELO, Licemar Vieira; PAESE, Cláudia Regina. As organizações sociais de saúde e a gestão de hospitais públicos no mato grosso: contexto e implicações. **Revista Sociais e Humanas**, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 312-327, set. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/6079>. Acesso em: 24 Nov. 2017.

MELO, M. A. B. C.; COSTA N. R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. **Planejamento e políticas públicas**, Brasília, n. 1, jun./dez., 1994, p. 49-108.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 34 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

MENDES, Jussara Maria Rosa et al. **Gestão na saúde**: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. Porto Alegre: Textos & Contextos, v. 10, n. 2, ago./dez., 2011, p. 331-344.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed.São Paulo:Hucitec, 2013.

MODESTO, Paulo. Reforma Administrativa e Marco Legal das Organizações sociais no Brasil. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 210, p. 195-212, out. 1997. ISSN 2238-5177. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/47096/45807>. Acesso em: 24 Nov. 2017.

_____. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. **Revista Diálogo Jurídico**. Centro de Atualização Jurídica, Salvador, v. 1, n. 5, 2001.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”. **Revista Lutas Sociais**, NEILS/PUC-SP, São Paulo: Editora Pulsar, n. 8, p. 53-64, 2002.

_____.**Terceiro Setor e questão social:** crítica ao padrão emergente de intervenção social.3.ed.São Paulo:Cortez, 2005.

_____.Pobreza, questão social e seu enfrentamento.**Revista Serviço Social e sociedade**.São Paulo:Cortez, n.110, p.270-287, abr./jun.,2012.

OLIVEIRA, M; JUNQUEIRA, L.A.P. **Questões estratégicas na reforma sanitária:** o desenvolvimento do terceiro setor. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v.37, n.2, p. 335-354, mar/abr.2003.

PACHECO, Hélder Freire et al . Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 585-595, Sept. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832016000300585&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Nov. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios.**Ciência e saúde coletiva**

[online]. 2007, vol.12, p.1819-1829. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413>. Acesso em: 07 de junho de 2017.

PINTO, Bruno Luís Amorim. Gestão privada de serviços públicos por organizações sociais: eficiência e responsabilidade. In: DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella (org.). **Direito privado administrativo**. São Paulo: Atlas, 2013, p. 166.

PIRES, Maria Coeli Simões. Terceiro setor e as organizações sociais. **Boletim de Direito Administrativo**, ano 15, n. 4, p. 245-255, abr., 1999.

QUINHÕES, Trajano Augustus Tavares. **O modelo de governança das organizações sociais de saúde (OSS) e a qualidade do gasto público hospitalar corrente**. 2008.153f.Tese de doutorado (Curso de doutorado em administração) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/6990/Tese_Final_Trajano_Abr_2007final.pdf?sequence=1.Acesso em: 08 de jun. 2017.

RODRIGUES, Clarita Terra; SPAGNUOLO, Regina Stella. Organizações Sociais de Saúde: potencialidades e limites na gestão pública. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 549-57, set. 2014. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/22319/17530>. Acesso em: 24 Nov. 2017.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, Sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475902008000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Nov. 2017.

SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo**. As organizações sociais de saúde em São Paulo 1998-2001:** uma visão institucional. São Paulo: EAESP/FGV, 2003. 192p.(Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, [S.l.], v. 16, n. 1, may 2015. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>. Acesso em: 28 nov. 2017.

STAKE, Robert. Qualitative Case Studies. In: **DENZIN, Norman K. and LINCOLN, Yvonna S. The Sage Handbook of Qualitative Research**, Third Edition. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.

SOUZA, Antonio Ricardo de Souza; FADUL, Élvia. **Políticas de Reformas da Administração Pública Brasileira**: uma Compreensão a partir de seus Mapas Conceituais. Disponível em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2005-apsb-1721.pdf .Acesso em: 04 mar. 2018.

SOUZA, Erica Macedo; ALMEIDA, Gilson Rodrigues de. **Avanços e perspectivas do modelo de organização social de saúde no Estado de São Paulo**. 2010. Disponível em: <http://organizacoessociais.seduce.go.gov.br/pdfs/avan%C3%A7os_e_perspectivas_do_modelo_deorganiza%C3%A7%C3%A3o_social_de_sa%C3%BAde_em_sp.pdf>. Acesso em: 30 Out. 2017.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475902009000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Out. 2017.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, democracia e administração pública no Brasi**l. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURINO, Fabiana et al. Organizações Sociais de Saúde nos hospitais públicos do Estado do Espírito Santo. **Revista brasileira de pesquisa em Saúde**,Vitória, p.16-191, jan-mar., 2016. Disponível em:< http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15140/10721>. Acesso em: 25 Nov. 2017.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

YIN, Robert K. **Case Study Research**: Design and Methods. London: Sage Publications, 1984.

ZANELLI, José Carlos. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal , v. 7, n. spe, p. 79-88, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Nov. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2002000300009.

.

APÊNDICE

Ilmo. Sr. Fabiano Marily,
Subsecretário de Estado da Assistência em Saúde

CÓPIA

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "Organizações Sociais de Saúde no Contexto do Estado do Espírito Santo", desenvolvida pelo pesquisador José Francisco Milagres Rabello, sob a orientação do Profº. Drº. César Albenes de Mendonça Cruz, que se propõe a analisar a experiência do modelo de Organizações Sociais de Saúde no Hospital Estadual Central, bem como em relação à gestão da Administração Direta no Hospital Dório Silva.

Nesses termos, **objetiva-se entrevistar os gestores dessas referidas unidades hospitalares em data a ser designada e devidamente comunicada às instituições**.

Oportuno registrar que a entrevista será do tipo semiestruturada e haverá um questionário composto por nove perguntas. Os participantes da entrevista serão esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos e assinarão o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Solicitamos, ainda, autorização para que os respectivos nomes das referidas unidades hospitalares possam constar no relatório final, bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS 466/12), que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos, inclusive, que tais dados serão utilizados tão somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessário.

Vitória, 13 de novembro de 2017.

JOSÉ FRANCISCO MILAGRES RABELLO

(X) Concordamos com a solicitação ( ) Não concordamos com a solicitação

FABIANO MARILY

PROTOCOLO RECEBIDO 13/11/17 10:10 hs

Rodanga Gonzaga Oliveira Nº Funcional: 1538268-5

Fabiano Marily Subsecretário de Assistência em Saúde/SESA Nº Funcional: 2998807

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

ANEXO D

ANEXO E

ANEXO F

ANEXO G

ANEXO H

ANEXO I

ANEXO J

ANEXO K

ANEXO L

ANEXO M

ANEXO N

ANEXO O

ANEXO P