



**LILSON ABELARDO MESSIAS SALDANHA**

**PUBLICIZAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE: EFEITOS DA  
TRANSFERÊNCIA DA GESTÃO HOSPITALAR PARA AS  
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E ORGANIZAÇÕES DA  
SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO NO BRASIL.**

**LAVRAS - MG  
2020**

**LILSON ABELARDO MESSIAS SALDANHA**

**PUBLICIZAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE: EFEITOS DA TRANSFERÊNCIA DA  
GESTÃO HOSPITALAR PARA AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E ORGANIZAÇÕES DA  
SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO NO BRASIL.**

Artigo apresentado à Universidade Federal de  
Lavras – UFLA, como parte das exigências do  
curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em  
Controle, Detecção e Repressão a Desvios de  
Recursos Públicos.

Me. Camila Soléra dos Santos  
Orientadora

**LAVRAS - MG  
2020**

**LILSON ABELARDO MESSIAS SALDANHA**

**PUBLICIZAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE: EFEITOS DA TRANSFERÊNCIA DA GESTÃO HOSPITALAR PARA AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO NO BRASIL.**

**OUTSOURCING HEALTH MANAGEMENT: EFFECTS OF THE TRANSFER OF HOSPITAL MANAGEMENT TO SOCIAL ORGANIZATIONS AND CIVIL SOCIETY ORGANIZATIONS IN BRAZIL.**

Artigo apresentado à Universidade Federal de Lavras – UFLA, como parte das exigências do curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Controle, Detecção e Repressão a Desvios de Recursos Públicos.

APROVADO em 16/07/2020.

Membro da Banca – Me. Valmir Gomes Dias

Membro da Banca – Dr. Henrique Sartori de Almeida Prado

Membro da Banca – Me. Camila Soléra dos Santos

Me. Camila Soléra dos Santos  
Orientadora

**LAVRAS - MG  
2020**

*À minha amada esposa, Vanessa, e às minhas filhas, Maria Luiza e Hellena Beatriz, que abriram mão de minutos, horas e dias de nosso convívio e do prazer de compartilhar momentos de alegria, para que pudesse me dedicar integralmente, não só aos finais de semana, mas durante todo o processo de realização das pesquisas e de elaboração deste artigo. À minha esposa, que, com suas palavras de força e motivação, sempre me incentivou a persistir e, por muitas vezes, demoveu-me de fraquejar e buscar o caminho mais fácil, diante das dificuldades enfrentadas – a desistência.*

*Dedico*

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal de Lavras, especialmente à Diretoria de Educação à Distância – DIREDD/UFLA, pela oportunidade proporcionada para galgar mais um degrau de aperfeiçoamento em uma área tão específica, que encontra muitas dificuldades para a estruturação e implementação de um curso de especialização, principalmente na modalidade EAD. À Pró-Reitoria de Pós-Graduação, à Coordenação de Recursos Educacionais, na pessoa do Prof.º Marcelo Márcio Romaniello, à Secretaria Geral de Pós-Graduação e a todos os funcionários da UFLA, que sempre estiveram à disposição para nos orientar e auxiliar na solução dos problemas acadêmicos. À CGU, que proporcionou a todos os servidores interessados a oportunidade de participar do processo seletivo deste curso de pós-graduação que ora se encerra e não mediu esforços para os selecionados participarem de todos os encontros presenciais, na certeza de que os frutos desse investimento serão colhidos dentro da própria casa. Aos professores e ministrantes das aulas que, na sua maioria, não se opuseram a enfrentar horas de viagem de suas cidades para transmitir aos acadêmicos seus conhecimentos e experiências profissionais, e até pessoais, sobre os temas abordados. Aos colegas dos cinco órgãos participantes que, assim como eu, se dispuseram a dedicar parcelas de suas vidas, privando-se do convívio com suas famílias, para compartilhar conhecimentos e, com respeito e compreensão, discutir pontos vistas divergentes no intuito de alcançar o consenso mínimo para a integração das ações de combate à corrupção e aos desvios de recursos públicos. Por fim, e não menos importante, a minha orientadora, Me. Camila Soléra dos Santos, pela paciência e confiança em mim depositados durante todo o processo de orientação, mesmo quando eu mesmo não acreditava.

## RESUMO

O presente trabalho buscou analisar os efeitos da mudança da gestão direta pela Administração Pública para a gestão descentralizada por Organizações Não-Governamentais no desempenho dos hospitais publicizados. Para tal, definiu-se como metodologia a pesquisa exploratória-descritiva na forma de estudo de casos múltiplos, tendo com lócus uma amostra de cinco hospitais (um de cada região do país). Buscando o êxito deste propósito, o trabalho foi realizado mediante a análise de indicadores de desempenho e de metas de produção dos cinco hospitais, bem como pela revisão bibliográfica de pesquisas acadêmicas, realizadas nos serviços de atenção básica em saúde de quatro municípios (Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, e Vitória) e nos serviços hospitalares de quatro unidades da federação (Bahia, Distrito Federal, Pernambuco e Rio de Janeiro). O aporte teórico que proveu base analítica para a construção dos resultados desse trabalho assentou-se, principalmente, nas obras literárias pesquisadas, nos resultados da auditoria operacional do Tribunal de Contas da União, materializada no Acórdão nº 3239/2013-Plenário, e nos relatórios oriundos de dez ações de controle realizadas pela Controladoria-Geral da União – CGU, no período de novembro de 2015 a setembro de 2018. Os indicadores e as metas de produção dos hospitais foram obtidos na base de dados do CNES/DATASUS e nas páginas eletrônicas na internet das OSS responsáveis pelos hospitais selecionados. Em relação aos resultados alcançados, evidenciou-se, com base em indicadores que engendraram parâmetros analíticos, os efeitos da transferência da gestão direta para a gestão descentralizada nos hospitais, confrontando os resultados dessa alteração com os objetivos que a motivam e justificam o processo de publicização. Por fim, sob esses parâmetros, constatou-se que, na totalidade da amostra analisada, a mudança do modelo de gestão não contribuiu para a melhoria de seus desempenhos ao longo do período examinado, sendo ratificado pelos trabalhos desenvolvidos pelos órgãos de controle do Estado acima descritos. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a proposição de novos estudos destinados à identificação de soluções para o problema apresentado.

**Palavras-chave:** Gestão Hospitalar Descentralizada; Modernização do Setor Público; Organização Social; Administração Hospitalar; Gestão em Saúde; Hospitais Públicos / Organização e Administração; Contrato de Gestão.

## ABSTRACT

This paper sought to analyze the effects of the change from the Public Administration's management to the Non-Governmental Organization's management on the performance of publicized hospitals. For this reason, it was defined the exploratory-descriptive research as our methodology, composed of multiple case studies, with a sample of five hospitals (one from each region of the country). Seeking the success of this purpose, the work was carried out through the analysis of performance indicators and production goals of the five hospitals, as well as by the bibliographic review of academic research, carried out in the basic health care services of four Capital cities (Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, and Vitória) and in the hospital services of four units of the federation (Bahia, Distrito Federal, Pernambuco and Rio de Janeiro). The theoretical contribution that provided an analytical basis for the construction of the results of this work was based, mainly, on the literary works researched, on the results of the operational audit of the Tribunal de Contas da União, materialized in Judgment No. 3239/2013-Plenário, and on the reports from ten control actions carried out by the Office of the Controladoria Geral da União - CGU, from November 2015 to September 2018. Hospital production indicators and targets were obtained from the CNES / DATASUS database and from the OSS websites responsible for selected hospitals. Based on the analyzed indicators, the effects of the transfer from direct management to decentralized management in hospitals became evident. Finally, under these parameters, it was found that, in the totality of the analyzed sample, the change in the management model did not contribute to the improvement of its performances throughout the period examined, being ratified by the works developed by the State control bodies above described. It is hoped that this research can contribute to the proposition of new studies aimed at identifying solutions to the problem presented.

**Keywords:** Decentralized Hospital Management; Modernization of the Public Sector; Social Organization; Hospital administration; Health Management; Public Hospitals / Organization and Administration; Management Contract.

## RESUMÉN

El presente trabajo buscó analizar los efectos del cambio de la gestión directa de la Administración Pública a la gestión descentralizada de las Organizaciones No Gubernamentales sobre el desempeño de los hospitales publicitados. Para ello, se definió la investigación exploratorio-descriptiva como una metodología para el estudio de casos múltiples, con una muestra de cinco hospitales (uno de cada región del país). Buscando el éxito de este propósito, el trabajo se llevó a cabo mediante el análisis de indicadores de desempeño y metas de producción de los cinco hospitales, así como mediante la revisión bibliográfica de investigaciones académicas, realizadas en los servicios básicos de salud de cuatro municipios (Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo y Vitória) y en los servicios hospitalarios de cuatro unidades de la federación (Bahia, Distrito Federal, Pernambuco y Rio de Janeiro). El aporte teórico que sirvió de base analítica para la construcción de los resultados de este trabajo se basó, principalmente, en las obras literarias investigadas, en los resultados de la auditoría operativa del Tribunal de Contas da União, materializados en el Sentencia nº 3239/2013-Pleno, y en los informes a partir de diez acciones de control realizadas por la Controladoria-Geral da União - CGU, desde noviembre de 2015 a septiembre de 2018. Se obtuvieron indicadores y metas de producción hospitalaria de la base de datos CNES / DATASUS y de los sitios web en internet del OSS responsables por los hospitales seleccionados. En relación a los resultados alcanzados, se evidenció, a partir de indicadores que generaron parámetros analíticos, los efectos del traslado de la gestión directa a la gestión descentralizada en los hospitales, comparando los resultados de este cambio con los objetivos que motivan y justifican el proceso de publicación. Finalmente, bajo estos parámetros, se encontró que, en la totalidad de la muestra analizada, el cambio en el modelo de gestión no contribuyó a la mejora de sus desempeños a lo largo del período examinado, siendo ratificado por los trabajos desarrollados por los órganos de control del Estado arriba descrito. Se espera que esta investigación pueda contribuir a la propuesta de nuevos estudios encaminados a identificar soluciones al problema presentado.

**Palabras clave:** Gestión hospitalaria descentralizada; Modernización del Sector Público; Organización social; Administración hospitalaria; Manejo de la salud; Hospitales Públicos / Organización y Administración; Contrato de administración.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1. OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3. METODOLOGIA .....</b>	<b>11</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2. GESTÃO DOS RECURSOS .....</b>	<b>14</b>
<b>2.3. A REFORMA DA GESTÃO PÚBLICA NO BRASIL .....</b>	<b>15</b>
<b>2.4. ARCABOUÇO TEÓRICO DE SUPORTE .....</b>	<b>17</b>
<b>2.5. O TERCEIRO SETOR.....</b>	<b>18</b>
<b>2.6. ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS .....</b>	<b>20</b>
<b>2.7. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA .....</b>	<b>21</b>
<b>2.8. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA GESTÃO HOSPITALAR.....</b>	<b>21</b>
<b>2.9. O CONTRATO DE GESTÃO E O TERMO DE PARCERIA .....</b>	<b>22</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1. DA AFERIÇÃO DOS INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>3.2. DOS ARTIGOS ACADÊMICOS REVISADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>3.3. DOS APONTAMENTOS DO ACÓRDÃO Nº 3239/2013-PLENÁRIO .....</b>	<b>34</b>
<b>3.4. DOS RESULTADOS DOS TRABALHOS REALIZADOS PELA CGU.....</b>	<b>34</b>
<b>3.5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>5. SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS .....</b>	<b>40</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu que a saúde constitui direito fundamental de todo cidadão brasileiro, atribuindo inclusive aos Estados Federados e aos Municípios responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde à população (artigos 6º, 7º, 23, 30, 196 e 197). Especificamente com relação ao financiamento dos serviços e ações de saúde, o § 2º do seu art. 198 dispõe sobre o limite mínimo de aplicação de 15% sobre a receita corrente líquida da União e o produto da arrecadação dos Estados, do Distrito Federal<sup>1</sup> e dos Municípios<sup>2</sup> no respectivo exercício (BRASIL, 1988).

Para garantir o acesso universal e igualitário previsto na Constituição de 1988 às ações e serviços de saúde executados por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, foi sancionada em 19 de setembro de 1990 a Lei nº 8.080, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio dessa Lei, foram definidos: a organização, a gestão, os objetivos e as atribuições do SUS; os princípios e diretrizes que norteariam as ações e serviços de saúde; as atribuições da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios dentro do SUS; e o caráter complementar dos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada (BRASIL, 1990a).

Já a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, cuidou de garantir a alocação de recursos intergovernamentais para o financiamento das ações/serviços de saúde do SUS, por meio dos Fundos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais, bem como a participação da comunidade na gestão do SUS, mediante a instituição da Conferência de Saúde e dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 1990b).

Os marcos do reordenamento das funções do Estado com vistas a aumentar sua eficiência, não só, mas também na área da saúde, foram as Leis nº 9.637 e nº 9.790, publicadas, respectivamente, em 15 de maio de 1998 e 23 de março de 1999, que regulamentam até hoje a qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos como Organizações Sociais (OS) e de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Com base no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) aplicado à estrutura organizacional da Administração Pública Federal, que visava reduzir o aparelho do Estado para aumentar sua governança e implementar de forma eficiente as políticas públicas, diversos Estados brasileiros também iniciaram seus processos de redução das estruturas organizacionais, para se adequarem à nova realidade fiscal que se avizinhava.

---

<sup>1</sup> ICMS, ITCD, IPVA, IRPF e FPE;

<sup>2</sup> IPTU, ITBI, ISSQN, IRPF, ITR, ICMS, IPVA, IPI e FPM.

Somente dez anos após a publicação das normas regulamentadoras da atuação das OSCIP, em 31 de julho de 2014, foi editada e publicada a Lei nº 13.019, que instituiu o regime jurídico das parceiras voluntárias e suas diretrizes, regulamentou a relação entre o Poder Público e essas entidades, definiu procedimentos para a implementação da transparência e do controle, inclusive social, dessas parcerias e estabeleceu as restrições e impedimentos para a realização de qualquer modalidade dessa parceria (BRASIL, 2014).

Portanto, a partir da problemática supra desenvolvida, esta pesquisa busca analisar, via indicadores pré-estabelecidos, as mudanças decorrentes da adoção do modelo de gestão descentralizada dos serviços hospitalares para Organizações Não-Governamentais, mediante a análise de indicadores de desempenho e de metas de produção de hospitais de cinco regiões do país, bem como pela revisão bibliográfica de pesquisas acadêmicas realizadas nos serviços de atenção básica em saúde de quatro municípios (Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, e Vitória) e nos serviços hospitalares de quatro unidades da federação (Bahia, Distrito Federal, Pernambuco e Rio de Janeiro).

## **1.1. Objetivos**

### **1.1.1. Objetivo Geral**

O objetivo geral desse estudo é analisar os efeitos da publicização da gestão dos serviços de saúde pública, com base na amostra de hospitais selecionada para tanto e no referencial bibliográfico pesquisado.

### **1.1.2. Objetivo Específico**

Constituem objetivos específicos da pesquisa:

- i) avaliar a evolução dos indicadores de desempenho da gestão de saúde mais usuais<sup>3</sup> e das metas de produção dos hospitais assumidos pelas respectivas Organizações Sociais, no período de julho/2015 a julho/2019, com base nas informações obtidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, hospedado no

---

<sup>3</sup> Para essa análise, foram definidos 07 indicadores adotados pelo Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP, vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, disponíveis no endereço eletrônico <http://www2.ebserh.gov.br/web/humap-ufms/indicadores>.

Departamento de Informática do SUS - DATASUS<sup>4</sup>, junto aos respectivos gestores de saúde (Secretarias Estaduais - SES e Municipais de Saúde - SMS) e nas páginas eletrônicas das respectivas OSS na internet;

- ii) apontar similaridades e divergências nos casos objetos dos artigos revisados; e
- iii) identificar consequências decorrentes do processo de descentralização da gestão, inclusive as que propiciem a malversação dos recursos públicos repassados às Organizações Sociais pelo Poder Público.

## **1.2. Justificativa**

Constituem-se como justificativas para essa pesquisa a importância e essencialidade dos serviços de saúde pública destinados à população, especialmente a mais carente, que deles depende exclusivamente. Soma-se a isso os resultados contidos no Acórdão TCU nº 3239/2013 - Plenário e em dez relatórios de ações de controle realizadas pela Controladoria-Geral da União – CGU no período de novembro/2015 a setembro/2018, cujos objetos eram a aplicação de recursos públicos por entidades sem fins lucrativos (OSS e OSCIP) na gestão dos serviços de saúde (atenção básica e hospitalar).

Ressalta-se, ainda, o contexto atual de grave crise fiscal do país, que levou ao contingenciamento dos recursos orçamentários federais, inclusive na área da saúde, o que exige conhecimento mais amplo do processo de publicização da gestão hospitalar, a fim de garantir eficiência na aplicação desses recursos e melhor qualidade dos serviços prestados à sociedade.

## **1.3. Metodologia**

Na busca de alcançar os propósitos já declarados aqui, delineia-se os procedimentos metodológicos, como bem ensinam Einsenhardt (1989), Creswell (2000), Gil (2002) e Marconi e Lakatos (2011 e 2013). Para Gil (2002), esta pesquisa pertence à área de conhecimento das Ciências Sociais Aplicadas, com característica exploratória-descritiva. É exploratória por ser um tipo de pesquisa muito específica, assumindo a forma de um estudo de caso; e é descritiva porque descreve uma experiência, uma situação, um fenômeno ou processo em detalhes, tendo como objetivo a descrição das características comuns e específicas de cada caso estudado.

---

<sup>4</sup> Informações referentes aos 5 hospitais analisados nos sítios <http://cnes2.datasus.gov.br/> e <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>, respectivamente do CNES e do DATASUS.

Conforme Marconi e Lakatos (2003), esta pesquisa possui natureza qualitativa, uma vez que permite a observação de experiências distintas de publicização da gestão hospitalar, suas características, similaridades, divergências e consequências para o atendimento das populações locais.

Assim, no contexto de pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, escolheu-se como objeto de pesquisa um estudo de casos múltiplos. De acordo com Goode e Hatt (1979, p.422) o estudo de caso é um meio de organizar os dados, preservando do objeto estudado o seu caráter unitário.

Já a classificação de caso múltiplo e específico provém da definição de Lüdke e André (1986), na qual o caso múltiplo é aquele em que ocorre o estudo de vários casos simultâneos; já específico é aquele que possui um objeto concreto e bem delimitado, enquanto que abstrato é aquele em que não se pode delimitar com exatidão o objeto de estudo (VENTURA, 2007). Estudos de casos múltiplos costumam ser mais convincentes, e o estudo global, por conseguinte, demonstra-se mais robusto (YIN, 2001).

Desse modo, o lócus inicial da pesquisa foram cinco hospitais de cada uma das regiões do país (Norte, Sul, Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste). Como critério da escolha dos objetos da pesquisa adotou-se a oportunidade e a conveniência, de acordo com a disponibilidade de dados, buscando-se entidades hospitalares de OSS distintas e cujas transferências das gestões fossem contemporâneas, o que possibilitaria a obtenção de um número maior de similaridades e distinções, bem como proporcionaria maior confiabilidade nos resultados das análises realizadas. Os hospitais selecionados, pelo critério da conveniência e oportunidade (com terceirizações das gestões mais contemporâneas possíveis), localizavam-se nas seguintes unidades da federação: Ceará, Espírito Santo, Goiás, Pará e Santa Catarina.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. Sistema Único de Saúde – SUS**

Em decorrência da Lei nº 6.229/1975 (revogada em 1990 pela Lei do SUS) e do Decreto nº 76.973 daquele mesmo ano, a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde do Ministério da Saúde aprovou, por meio da Portaria nº 30 – Bsb, de 11 de fevereiro de 1977, o Caderno “Conceitos e Definições em Saúde”. Com base nessa Portaria, foram estabelecidos os conceitos dos principais estabelecimentos de saúde do país, que continuam a ser atualizados anualmente pelo Ministério da Saúde.

Já em dezembro de 2013, por meio da Portaria GM/MS nº 3.390, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que se aplicariam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestassem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Dentre as diretrizes dessa Portaria, foram estabelecidas a garantia de universalização do acesso ao serviço hospitalar, a regionalização do serviço hospitalar, a atenção centrada no usuário, o financiamento tripartite entre as três esferas de governo e a transparência e eficiência na aplicação dos recursos (BRASIL, 2013).

De acordo com o art. 4º da Lei nº 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se do conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, estando nele inseridas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde, podendo ainda contar com a participação da iniciativa privada (§2º) (BRASIL, 1990ª).

No inciso III do art. 5º da referida Lei, dentre outros, foi estabelecido como um dos objetivos do SUS “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”. Já no seu art.7º, foram estabelecidas, como diretrizes para a realização das ações e prestação de serviços (públicos e privados) no âmbito do Sistema, dentre outras: a) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; e b) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990ª).

A fim de garantir a articulação das políticas e programas de saúde, instituiu-se as Comissões Intersetoriais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde e integradas pelo Ministério da Saúde e órgãos competentes. E, para decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos (negociação e pactuação entre gestores distrital, estaduais e municipais), as Comissões Bipartite e Tripartite (BRASIL, 1990ª).

Dentre as competências estabelecidas na Lei nº 8.080/1990, destacam-se no âmbito Federal: formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; definir e controlar os sistemas do SUS; participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins. No âmbito Estadual/Distrital: executar supletivamente ações e serviços de saúde; identificar estabelecimentos hospitalares de referência; gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional. E, no âmbito Municipal: planejar, organizar,

controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde; gerir e executar os serviços públicos de saúde; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde (BRASIL, 1990<sup>a</sup>).

Por fim, os arts. 20 a 25 dessa mesma Lei tratam da participação da iniciativa privada na prestação dos serviços de assistência à saúde, inclusive de forma complementar à rede do SUS, em situações em que o Sistema não dispuser de condições para garantir a cobertura assistencial de uma determinada população, mediante a formalização de contrato ou convênio, tendo preferência nessa participação complementar as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1990<sup>a</sup>).

O arcabouço normativo retro mencionado evidencia o caráter universal do direito ao acesso a serviços de saúde pública e o dever institucional do Estado de garantir o exercício desse direito por todos os cidadãos brasileiros, seja por meio de sua rede própria de unidades e estabelecimentos hospitalares, seja pela participação complementar ao SUS da rede particular.

## **2.2. Gestão dos Recursos**

O art. 31 da Lei nº 8.080/1990 prevê que o Orçamento da Seguridade Social deverá prover os recursos para a consecução das ações de saúde no âmbito do SUS, que devem ser movimentados pelo Ministério da Saúde, Estados, Distrito Federal e Municípios em conta especial (Fundos de Saúde), sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde, sendo vedada a utilização desses recursos para o financiamento de ações que não estiverem previstos nos respectivos planos de saúde aprovados.

Por meio da Lei nº 8.142/1990, foi regulamentada a transferência e a gestão dos recursos do SUS, que instituiu as instâncias colegiadas do Sistema (Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde) e a obrigatoriedade de Estados, Distrito Federal e Municípios contarem com um Fundo de Saúde para recebimento dos recursos do SUS (BRASIL, 1990b).

Assim, ficam patentes: a obrigatoriedade legal de o Estado Brasileiro (nas três esferas de governo) prover recursos exclusivos para garantir o financiamento das ações e serviços que integram o SUS, vedado o desvio de sua aplicação em outra finalidade; e a instituição de uma rede de participação da sociedade, por meio dos Conselhos de Saúde, no acompanhamento e na fiscalização do cumprimento dessa obrigação (Controle Social).

### 2.3. A Reforma da Gestão Pública no Brasil

Conforme pontua Penteado Filho (1998), a história da Administração Pública Brasileira é marcada por três momentos antes da Reforma da Gestão de 1995. A primeira foi a Reforma Administrativa de 1930, marco da implantação do modelo burocrático pelo governo Vargas, assentada nas oligarquias regionais agrárias, que gradativamente foi se impondo nos diversos setores da Administração até a década de sessenta. Uma das medidas de grande destaque foi a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP).

O segundo marco histórico foi a edição do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, ainda vigente, que instituiu o Plano de Metas, flexibilizou normas e controles da administração direta e buscou eliminar aspectos patrimonialistas ainda remanescentes após a Reforma de 1930. Foi uma experiência pioneira que contribuiu para a implantação de um modelo gerencial que levasse a uma Administração moderna e eficiente.

Já na década de oitenta (terceiro marco), a crise econômica e a redemocratização do país provocaram um relaxamento dos padrões burocráticos, que só vieram a ser restaurados pela Constituição de 1988. A paralisia estatal provocada pela concentração de esforços na estabilização da economia, a imputação da responsabilidade pela crise ao funcionalismo público, a intensificação da prática política do “toma lá da cá” (recursos públicos X apoio político), a redução dos quadros de servidores ante os temores de perda de direitos adquiridos e a adoção de medidas equivocadas pelo governo Collor, na tentativa simplista de implantar um Estado mínimo, levaram ao fim do modelo burocrático brasileiro.

Com a eleição de Fernando Henrique Cardoso em 1994, após a estabilização da economia no mesmo ano, uma série de reformas consistentes, embora controversas técnica e politicamente, foram apresentadas pelo então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, com o intuito de solucionar a crise e tornar a atuação do aparelho estatal brasileiro mais eficaz e eficiente. Dentre elas, as privatizações, o enxugamento do quadro de pessoal, a reforma da previdência e a transferência de algumas atividades executadas pelo Estado para organizações não-governamentais.

Entretanto, na visão de Penteado Filho (1998), as reformas adotadas não atacariam a causa básica da crise, que estaria fora da ação do Estado – o choque externo provocado pelo corte de empréstimos internacionais e pelo aumento significativo das taxas de juros. O autor entende que a única medida efetiva da Reforma seria a rearticulação do aparato estatal e de sua relação com a sociedade, a fim de se adaptar ao novo quadro econômico e político internacional.

No entendimento do autor, a motivação maior da Reforma de 1995 teria sido a necessidade de reduzir os gastos públicos a fim de atender as necessidades sociais decorrentes da crise.

Já Martins (1995) demonstra que os problemas que afligiam a Administração Pública Brasileira não se restringiam às questões administrativas e técnicas, mas também envolviam o aspecto político do Estado que se contrapunha à burocracia governamental. Segundo o autor, as variáveis que teriam contribuído para o cenário existente naquela ocasião eram:

- a) no âmbito burocrático: o funcionalismo, estrutura e recursos organizacionais;
- b) no âmbito da gestão governamental: a Presidência da República, o planejamento governamental e avaliação/controle; e
- c) no âmbito político: sistema representativo, regime federativo e sistema de governo.

Assim como Penteadado Filho, Martins (1995) entendia que a crise vivida pelo Brasil no final da década de oitenta e início de noventa não era meramente administrativa e que sua superação se condicionava à integração racional entre o sistema político e a gestão administrativa. Para Martins, a crise da Administração Pública (também chamada de Crise do Estado) estava relacionada diretamente com a incapacidade político-administrativa do país de deliberar e implementar as ações que efetivamente atendessem o bem-estar dos cidadãos.

A Reforma da Gestão Pública Federal Brasileira de 1995 se iniciou com a publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), ao mesmo tempo em que estados e municípios passavam também a fazer suas próprias reformas (PEREIRA, 2010).

A Reforma deveria ser compreendida num contexto de redefinição do papel do Estado, que deixaria de se preocupar com a produção de bens e serviços destinados ao desenvolvimento econômico e social, e passaria a atuar mais como promotor e regulador dos serviços essenciais para esse desenvolvimento (educação e saúde, por exemplo). Os demais serviços que, por decisão da sociedade, fossem providos com o produto da arrecadação dos impostos deveriam ser terceirizados (PEREIRA, 2010).

Serviços para os quais os respectivos mercados são particularmente imperfeitos (sociais e científicos, por exemplo), em virtude da assimetria de informações, deveriam ser contratados com organizações públicas não governamentais (popularmente chamadas organizações sociais) e os demais com empresas privadas (PEREIRA, 2010).

Essa reforma fundamentava-se predominantemente nos valores da eficiência e qualidade dos serviços públicos a serem prestados, a fim de reduzir custos e garantir o pleno atendimento ao cidadão, tendo em vista o prognóstico de crise fiscal que se apresentava naquela década (PDRAE, 1995).

Portanto, calcado na citação de Bresser Pereira, uma das formas de alcance do ajuste pretendido seria a adoção de um programa de “publicização” dos serviços não-exclusivos do Estado, mediante a transferência da responsabilidade pela sua execução para o setor público não-estatal, formado por Organizações Sociais, com base em contratos de gestão celebrados com o Poder Executivo para o recebimento de recursos públicos que financiariam as respectivas ações (PDRAE, 1995).

#### **2.4. Arcabouço Teórico de Suporte**

Como destaca Santos (2012), ainda que não haja uma teoria geral da terceirização dos serviços públicos, sua implementação está assentada nas proposições gerencialistas da Administração Científica e no neoinstitucionalismo econômico do New Public Management, que introduz mecanismos de mercado a fim de corrigir as falhas do Estado na prestação dos serviços públicos.

Especificamente na área da saúde, a discussão sobre a terceirização dos serviços se iniciou com teorias que, inicialmente, buscavam, de um lado, explicar por que os serviços públicos não funcionam e, de outro, estabelecer os cuidados para um bom funcionamento da terceirização. Mais recentemente, questões como os efeitos da cooperação mútua e o ajustamento das relações contratuais ganharam destaque (Santos, 2012).

Cunill Grau (1997) registra em sua obra que o fortalecimento da relação Estado X Sociedade passa, necessariamente, pela transformação do papel de ambos. O primeiro, abandonando o paternalismo, o clientelismo e o patrimonialismo remanescentes ainda das antigas monarquias, em busca de uma Administração Gerencial moderna, com instituições públicas fortes, eficientes, legítimas e valorizadas, que busquem o atendimento do interesse público comum. A segunda, através da participação efetiva dos cidadãos (individual ou coletivamente) na discussão sobre temas importantes para a sociedade como um todo, tanto no âmbito jurídico como no político-administrativo, que impliquem em consequências para a coletividade, bem como pela atuação crítica sobre as decisões dos gestores públicos e os resultados das políticas públicas (controle social).

Entretanto, esse processo de fortalecimento depende de diversos outros fatores socioculturais que limitam a capacidade de transformação de ambos os atores, como o sistema político existente, o nível educacional e o baixo nível de comprometimento da população com a mudança de comportamento, em todas as classes sociais.

O cenário atual de crise fiscal do Brasil exige do Estado um reordenamento (processo iniciado na década de 90) que o conduza a uma estrutura capaz de reconhecer suas responsabilidades frente à sociedade, identificar e aceitar suas limitações e buscar novos arranjos institucionais para cumprir suas funções (seja mediante a entrega de bens e a prestação direta de serviços à população, seja pela regulação daquelas atividades transferidas para o mercado).

Penteado Filho (1998) destaca que, assim como a burocracia se expandiu como resposta ao aprofundamento da divisão social do trabalho, um paradigma novo estaria surgindo como resposta às transformações sociais recentes: o gerencialismo. Entretanto, questiona o método adotado por alguns autores na análise das experiências de gerencialismo (“best practice”), que desprezam os casos de fracasso. Dessa forma, segundo Penteado, fica inviabilizada a identificação das condições necessárias para a implantação do modelo de gestão gerencial. Porém, se o modelo for adequado, tende a ser utilizado largamente em todas as organizações (públicas, privadas e do Terceiro Setor).

Quanto ao Terceiro Setor, Fernandes (1994) destaca que, por estarem sujeitas a coerções morais e ideológicas de e sobre indivíduos, e por gerar recursos e consequentes disputas por sua distribuição, as instituições que atuam nesse âmbito tendem a herdar alguns vícios das organizações públicas e também das privadas, buscando, por exemplo, influenciar a atividade legislativa e condicionar os orçamentos públicos e privados.

Assim, o presente artigo, longe de demonizar o processo de publicização dos serviços e ações originalmente prestadas diretamente pelo Estado, fundamenta-se na teoria de que o Estado, por sua natureza, apresenta limitações não só econômico-financeiras, mas também de estrutura e logística, que obstaculizam o pleno atendimento da demanda da sociedade, especialmente da parcela menos favorecida. Entretanto, tendo em vista as interferências a que estão sujeitas as entidades do terceiro setor na aplicação dos recursos públicos nas atividades terceirizadas, também adota como premissa que essa modalidade de gestão deve ser constantemente regulada, acompanhada, fiscalizada e controlada (tanto pelo Estado como pela própria sociedade), a fim de garantir que os objetivos e metas pretendidos sejam atingidos com eficiência e qualidade.

## **2.5. O Terceiro Setor**

Num processo de publicização, desenvolvido na sessão anterior, o Estado voltaria a prestar diretamente serviços que tenham sido anteriormente terceirizados (HARNEY, 1992).

Bresser Pereira (2010) utiliza o termo “publicização” para denominar a transferência de atividades não exclusivas de Estado para o terceiro setor, estabelecendo também uma conexão com a sociedade civil. Já Cunill Grau (1997) descreve-o como uma derivação do termo publicação ao designar que o Estado deve voltar a se tornar verdadeiramente público e democrático, livre dos interesses privados predatórios de apropriação do patrimônio público.

Segundo Fernandes (1994), a sociedade como um todo, inclusive no Brasil, se divide em três setores, a saber:

- 1º) as instituições estatais (municipais, estaduais e federal), que administram os bens e serviços públicos e, portanto, representam as ações do Estado;
- 2º) as empresas e o capital privado, cujos recursos empregados em benefício próprio se destinam à obtenção do lucro;
- 3º) e qual é o terceiro setor?<sup>5</sup>

Cruz (2014) resume a estratificação, estipulando que o Primeiro Setor é representado pelo governo e o segundo setor pelas empresas privadas. Já o Terceiro Setor se constitui de um amplo e variado conjunto de instituições, tais como fundações, associações comunitárias, organizações não-governamentais, entidades filantrópicas, entre outras, que, apesar de se tratarem de pessoas jurídicas de direito privado, não possuem fins lucrativos e têm como objetivo a realização de ações em prol do bem comum e da cidadania<sup>6</sup>.

Muito além de uma descrição empírica de uma realidade emergente, o conceito de Terceiro Setor se origina de uma alternativa lógica, que corresponde ao conjunto de organizações e iniciativas privadas destinadas à produção de bens e serviços públicos, que não gerem lucros e que respondam a necessidades coletivas (FERNANDES, 1994).

Dessa forma, o Terceiro Setor nasce da deficiência do Estado de responder às demandas dos mais variados segmentos sociais (filantrópicos, culturais, recreativos, científicos, de preservação do meio ambiente etc.). Geralmente, é constituído por organizações sem fins lucrativos, não governamentais, que prestam serviços de caráter público (CRUZ, 2014).

---

<sup>5</sup> Fonte: TERCEIRO SETOR – SIGNIFICADO E SUA HISTÓRIA NO BRASIL, 2015. Disponível em <<https://www.bhbit.com.br/terceiro-setor/o-que-e-terceiro-setor-significado/>>. Acesso em: 16 jun. de 2019

<sup>6</sup> Fonte: TERCEIRO SETOR – SIGNIFICADO E SUA HISTÓRIA NO BRASIL, 2015. Disponível em <<https://www.bhbit.com.br/terceiro-setor/o-que-e-terceiro-setor-significado/>>. Acesso em: 16 jun. de 2019

## 2.6. Organizações Não Governamentais

Segundo MacDonald (1992), é controverso o conceito de Organização Não Governamental, que, segundo o Banco Mundial, inclui diversos grupos e instituições inteiras ou largamente independentes do governo, que se caracterizam por suas ações humanitárias ou cooperativas.

As ONGs são entidades sem fins lucrativos que realizam uma gama variada de ações solidárias para públicos específicos em diversas áreas (saúde, educação, assistência social, economia, ambiente, entre outras), em âmbito local, estadual, nacional e até internacional. Sua atuação ocorre na esfera pública, porém não estatal, ofertando serviços sociais, em geral de caráter assistencial, para atender um conjunto da sociedade maior do que apenas seus fundadores e/ou administradores.<sup>7</sup>

A qualificação das pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como Organizações Sociais – OS ou com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP está regulamentada pelas Leis nº 9.637/1998 e nº 9.790/1999, respectivamente.

Segundo o art. 1º da Lei nº 9.637/1998, somente podem se qualificar como OS aquelas entidades 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, devendo comprovar o registro de seu ato constitutivo e ter a sua qualificação aprovada pelo Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área da atividade em que se insere seu objeto social. Além disso, a Lei estabelece a estrutura e composição do Conselho de Administração dessas entidades, bem como as atribuições mínimas desse conselho.

Já para as OSCIPs, a Lei nº 9.790/1999 exige como condicionantes à qualificação das entidades, dentre outras:

- a constituição e o funcionamento regular há pelo menos três anos;
- a existência de estatuto que preveja o respeito aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência, a vedação à obtenção de vantagens e benefícios pessoais na sua gestão;
- a previsão de transferência do patrimônio adquirido com recursos públicos no período de qualificação para outra instituição qualificada com o mesmo objeto social,

---

<sup>7</sup> Fonte: TUDO SOBRE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS (ONGs), 2019. Disponível em <http://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/o-que-e-uma-organizacao-nao-governamental-ong,ba5f4e64c093d510VgnVCM1000004c00210aRCRD>>. Acesso em: 17 jun. de 2019.

- nos casos de dissolução ou perda da qualificação pela entidade;
- possuir, como objetivos sociais, uma das finalidades previstas no seu art. 3º, destacando-se, entre outras, promoção gratuita da saúde, da assistência social, da cultura e da defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico.

## **2.7. Organizações Sociais na Atenção Básica**

Especificamente no que tange à atuação das Organizações Sociais de Saúde na Atenção Básica, merece destaque o Estudo Exploratório e Descritivo “*Atenção Primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 – 2014*” (RAMOS, e SETA, 2019), que objetivou analisar o desempenho das quatro capitais da Região Sudeste do Brasil na atenção primária à saúde, nos anos de 2009 a 2014, tendo como parâmetros os indicadores do Pacto de Diretrizes e Metas (PDM), publicado pelo Ministério da Saúde em 2013, com o intuito de fortalecer a construção dos processos e práticas do Planejamento Integrado do SUS.

A pesquisa em questão revelou que as duas capitais pioneiras na implantação do modelo de gestão por meio de OSS (São Paulo e Rio de Janeiro), mediante os indicadores selecionados e no período analisado, de modo geral, não obtiveram melhor desempenho no conjunto dos indicadores perante as capitais que mantiveram a provisão e a gestão da APS por meio da Administração Direta (RAMOS, e SETA, 2019).

## **2.8. Organizações Sociais na Gestão Hospitalar**

Na gestão hospitalar, convém ressaltar o modelo precursor de gestão da assistência à saúde implantado pelo governo do Estado de São Paulo a partir de 1998, que, com base na Lei Estadual nº 846/1998, iniciou o processo de qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos como Organizações Sociais para atuar nessa área, mediante o cumprimento de alguns pré-requisitos, dentre eles a atuação na área há, no mínimo, cinco anos antes da qualificação (PAHIM, 2009).

As unidades hospitalares – que inicialmente constituíam o objeto do contrato com as OSS – fizeram parte do Programa Metropolitano de Saúde (PMS), oriundo do Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde para a Região Metropolitana de São Paulo (1981), financiado com recursos do Banco Mundial e que tinha como finalidade a construção

de unidades hospitalares e básicas de saúde, e a implementação de um novo modelo gerencial e assistencial (IBAÑEZ; N. et al., 2001).

O Projeto de Expansão de 1981 definiu uma nova estrutura para os serviços de saúde, cujos objetivos eram: estabelecer um Sistema Estadual de Saúde, envolvendo a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde; estender a cobertura das unidades básicas de saúde e de leitos hospitalares a toda a população da região, mediante a ampliação da rede física; implantar uma política estadual de saúde, capaz de assumir a coordenação para construção ou melhoria de unidades sanitárias e hospitalares em áreas consideradas carentes (IBAÑEZ; N. et al., 2001).

As OSS assumiram paulatinamente dez novos hospitais (2.200 leitos), em áreas periféricas (IBAÑEZ; N. et al., 2001). Mediante consulta ao portal da transparência da Secretaria de Saúde de São Paulo, realizada em junho de 2019, constatou-se que atualmente o Estado conta com 51 unidades hospitalares geridas por Organizações Sociais de Saúde, o que demonstra uma evolução no processo de publicização da gestão hospitalar naquela unidade da federação<sup>8</sup>.

## **2.9. O Contrato de Gestão e o Termo de Parceria**

De acordo com o art. 5º da Lei nº 9.637/1998, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como OS, para fomento e execução de atividades relativas à saúde, devendo a minuta desse instrumento ser aprovado previamente pelo Conselho Administrativo da OS e, posteriormente, submetida ao Ministro ou autoridade máxima da respectiva área, para fins de sua qualificação.

No referido documento constarão as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da Entidade, devendo ser observados, na sua elaboração, os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência.

Durante a execução das ações de saúde previstas no contrato de gestão celebrado, a Organização Social deverá ser fiscalizada pelo poder público, devendo apresentar ao final de cada exercício, ou a qualquer momento em que convier ao interesse público, relatórios sobre os resultados das metas pactuadas e a prestação de contas dos recursos financeiros repassados, que serão avaliados por uma comissão de especialistas da área, que deverá, sob pena de responsabilidade solidária, comunicar ao Tribunal de Contas da União, ao Ministério Público,

---

<sup>8</sup> Disponível em <<http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/unidades.ph>>. Acesso em: 21 jun. de 2019.

à Advocacia-Geral da União ou à Procuradoria da Entidade, irregularidades ou ilegalidades constatadas na aplicação desses recursos.

Relativamente às OSCIPs, o art. Art. 9º da Lei nº 9.790/1999 instituiu o Termo de Parceria, que é o instrumento passível de ser firmado pelo Poder Público com as entidades assim qualificadas para o fomento e a execução das atividades de saúde, que será previamente avaliado pelo Conselho de Políticas Públicas de Saúde da respectiva esfera de governo. Desse termo constarão, além dos direitos, responsabilidades e obrigações dos signatários, o programa de trabalho referente ao objeto contratado, as metas, os objetivos a serem alcançados, os prazos, as receitas previstas e as despesas a serem realizadas.

O poder público contratante e o respectivo Conselho de Políticas Públicas de Saúde deverão, durante a vigência do termo de parceria, acompanhar e fiscalizar as ações executadas pela OSCIP, que também apresentará, ao final de cada exercício, relatórios sobre os resultados das metas pactuadas e a prestação de contas dos recursos públicos repassados, que serão avaliados por comissão de especialistas da área. Da mesma forma que estabelecido na Lei nº 9.637/1998, a referida comissão deverá comunicar ao Tribunal de Contas da União e ao Ministério Público eventuais irregularidades ou ilegalidades na aplicação desses recursos, sob pena de responsabilidade solidária.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Selecionada a amostra (cinco hospitais – CE, ES, GO, PA e SC), foi realizada a busca das informações de gestão daqueles hospitais nas páginas eletrônicas na internet do CNES/DATASUS e das respectivas Organizações Sociais de Saúde gestoras, bem como junto aos respectivos gestores de saúde (SES e SMS). Os dados da gestão foram tabulados para permitir a comparação dos resultados antes e depois da transferência da gestão para as OSS, relativos aos seguintes indicadores de gestão hospitalar:

- a) taxa de ocupação hospitalar;
- b) média de permanência hospitalar;
- c) índice de renovação/giro de rotatividade;
- d) taxa de mortalidade institucional;
- e) taxa de desempenho da produção assistencial de média complexidade;
- f) taxa de desempenho da produção assistencial de alta complexidade;
- g) taxa de infecção hospitalar.

Entretanto, a metodologia inicialmente estabelecida foi adequada a fim de permitir a consecução do objetivo do presente estudo, sendo reduzida a quantidade de indicadores de gestão (de 7 para 5), adicionadas metas de produção e inserida a revisão bibliográfica como procedimento complementar, a fim de confirmar os resultados obtidos com os indicadores e metas, em virtude dos seguintes obstáculos enfrentados pelo pesquisador:

- inexistência, no portal do Ministério da Saúde na internet, de uma base de dados das Organização Sociais habilitadas a operar na área da saúde no país, determinando a busca dessa informação numa base não oficial, qual seja a página eletrônica do Instituto Brasileiro de Organizações Sociais de Saúde – IBROSS (<http://www.ibross.org.br>) que, naquela ocasião, congregava 21 entidades;
- ausência, na página eletrônica do DATASUS, dos dados necessários à aferição de 5 dos 7 indicadores definidos para a análise da gestão dos hospitais da amostra;
- não atendimento, pelas respectivas secretarias de saúde (estaduais e municipais), às demandas dos dados dos hospitais;
- insuficiência e até inexistência dos dados referentes à produção ambulatorial e hospitalar tanto nas páginas eletrônicas das OSS responsáveis pela gestão dos hospitais da amostra como nas das respectivas secretarias de saúde; e
- assunção da gestão de 3 dos 5 hospitais da amostra antes da sua inauguração e funcionamento (as transferências para as OSS foram definidas durante a construção dos hospitais), impossibilitando a comparação do desempenho dos hospitais antes e depois das suas publicizações.

A busca da literatura sobre o tema foi realizada no período de junho de 2019 a janeiro de 2020, tendo sido identificados trinta artigos. Desses, foram selecionados para revisão seis que atendiam ao critério definido (estudos de casos exploratórios sobre experiências de publicização dos serviços de saúde, preferencialmente de unidades hospitalares), além de um Acórdão do Tribunal de Contas União (nº 3239/2013-Plenário) e dez relatórios de ações de controle realizadas pela Controladoria-Geral da União, que possibilitaram identificar:

- aspectos dessas experiências;
- consequências decorrentes da mudança do modelo de gestão;
- eventuais falhas e/ou irregularidades no gerenciamento das entidades; e
- fragilidades nos processos adotados pelos entes públicos para o acompanhamento e a fiscalização da atuação das OSS.

### 3.1. Da aferição dos indicadores e metas de produção

Conforme registrado no item 3 suso, foram selecionados os seguintes hospitais, de cada uma das cinco regiões do país:

Quadro 1 – Amostra de hospitais selecionados para a pesquisa

Região	UF	Hospital	OSS	Ano da Publicização
Norte <sup>1</sup>	PA	H1	A	2014
Sul <sup>2</sup>	SC	H2	B	2017
Nordeste	CE	H3	C	2013
Sudeste <sup>1</sup>	ES	H4	A	2015
Centro-Oeste	GO	H5	D	2014

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Obs: 1) Os hospitais H1 e H4 eram geridos pela mesma OSS no período de realização da pesquisa; 2) Único hospital da região cuja gestão foi transferida para OSS, no período de realização da pesquisa.

Para a consecução da pesquisa foram definidos os seguintes indicadores e respectivas memórias de cálculo, utilizados pelos gestores do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – HUMAP/EBSERH, na avaliação da gestão da entidade:

Quadro 2 – Indicadores definidos para a análise (continua)

Indicador	Fórmula de Cálculo	Objetivo	Ideal
<b>Taxa de Ocupação Hospitalar</b>	$\text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia no mês} / \text{n}^\circ \text{ de leitos-dia operacionais no mês}$	Avaliar o desempenho hospitalar relacionado à ocupação dos leitos hospitalares	entre 80% e 85%
<b>Tempo Médio de Permanência Hospitalar</b>	$\text{n}^\circ \text{ de Pacientes-dia no mês} / \text{n}^\circ \text{ de Saídas no mês}$	Avaliar o desempenho hospitalar relacionado à gestão dos leitos hospitalares	quanto menor, melhor
<b>Índice de Renovação/ giro de rotatividade</b>	$\text{n}^\circ \text{ de Saídas do mês} / \text{n}^\circ \text{ de Leitos Hospitalares no mês}$	Avaliar a relação entre o número de saídas de pacientes (altas e óbitos) e o número de leitos à disposição num determinado período.	quanto maior, melhor.
<b>Taxa de Mortalidade Institucional</b>	$\text{n}^\circ \text{ de óbitos } \geq 24\text{h do início da admissão hospitalar do paciente} / \text{n}^\circ \text{ de Saídas Hospitalares no mês}$	Acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24h de internação	quanto menor, melhor.
<b>Taxa de Desempenho da Produção Assistencial Média Complexidade</b>	$\text{Produção Financeira de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar aprovada pelo gestor do SUS no mês} / \text{Valor Relativo à Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar previsto no Componente Pré-fixado da contratualização do mês}$	Melhorar o desempenho da contratualização SUS	$\geq 100\%$
<b>Taxa de Desempenho da Produção Assistencial de Alta</b>	$\text{Produção Financeira de Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar aprovada pelo gestor do SUS no mês} / \text{Valor Relativo à Alta}$	Melhorar o desempenho da contratualização SUS	$\geq 100\%$

<b>Complexidade</b>	Complexidade Ambulatorial e Hospitalar previsto no Componente Pré-fixado da contratualização do mês		
<b>Taxa de Infecção Hospitalar</b>	(nº de episódios de Infecção de Pacientes Submetidos a Cirurgias Limpas / nº total de cirurgias Limpas) X 100	Avaliar a qualidade da assistência à saúde	quanto menor, melhor

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Durante a busca pelas informações necessárias à aferição desses indicadores, foi constatado que as gestões de 3 dos 5 hospitais da amostra foram transferidas para as OSS antes mesmos de entrarem em funcionamento. Por esse motivo, a análise foi realizada visando identificar eventual evolução desses indicadores no período de corte (julho/2015 a julho/2019), uma vez que não seria possível a comparação dos desempenhos antes e depois da publicização.

Entretanto, no período de corte da pesquisa, somente foram obtidos dados integrais de 5 desses 7 indicadores (média de permanência hospitalar, índice de renovação/giro de rotatividade, taxa de mortalidade institucional, taxa de infecção hospitalar e taxa de ocupação hospitalar) referentes ao hospital H1 e de 4 indicadores do hospital H5 (não foi coberto todo o período de corte para a taxa de ocupação hospitalar). Para o hospital H4, foram obtidos, no mesmo período, dados integrais de apenas 2 indicadores (média de permanência e taxa de mortalidade) e parciais dos outros 3 (o período de corte não foi coberto). Quanto aos hospitais H2 e H3, de julho/2015 a julho/2019, obteve-se dados integrais apenas da média de permanência e da taxa de mortalidade institucional.

Dado o prejuízo na obtenção da integralidade das informações necessárias para a aferição dos 7 indicadores definidos inicialmente, foram utilizados na análise apenas os indicadores “Média de Permanência Hospitalar” e “Taxa de Mortalidade”, bem como as seguintes metas de produção obtidas na base de dados do CNES/DATASUS, que permitiriam visualizar o padrão de desempenho dos 5 hospitais ao longo do período de corte (julho/2015 a julho/2019):

- i) Número de internações;
- ii) Número de leitos SUS disponíveis;
- iii) Número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas;
- iv) Valor Total recebido pelas AIH's.

Importante ressaltar que, para a realização de todos os cálculos, foram utilizados os indicadores e metas de produção obtidos tanto no CNES/DATASUS como nas páginas eletrônicas das respectivas OSS. As tabelas a seguir apresentam os resultados das médias aferidas com esses dados por hospital:

## INDICADORES

Tabela 1 - Tempo Médio de Permanência Hospitalar (dias)

Hospital	2015 <sup>1</sup>	2016	2017	2018	2019 <sup>2</sup>
H1	7	7	7	7	7
H2	9	8	8	8	5
H3	9	9	9	9	8
H4	10	10	7	7	8
H5	5	5	5	6	5

Fonte: CNES/DATASUS.

Obs: 1) Média de seis meses; 2) Média de 7 meses.

Esse indicador expressa o tempo médio de permanência dos pacientes nos hospitais, considerando-se bom o resultado quanto menor for o índice. Os resultados obtidos demonstram que os hospitais H1 e H5 mantiveram, no período de análise, um padrão bom de tempo médio de permanência dos pacientes (5 a 7 dias). Já os hospitais H2 e H4, iniciaram o período com indicadores mais elevados (entre 9 e 10) e conseguiram uma boa redução no tempo de permanência depois de 4 anos (3 a 4 dias a menos). Por fim, o hospital H3, durante o período de exame, não conseguiu reduzir o tempo médio de permanência, mantendo-o em níveis mais altos que os demais (em média, 9 dias).

Tabela 2 – Média Anual da Taxa de Mortalidade

Hospital	2015 <sup>1</sup>	2016	2017	2018	2019 <sup>2</sup>
H1	2	1	1	1	1
H2	4	3	3	3	1
H3	12	15	14	15	15
H4	10	9	6	8	11
H5	3	4	4	6	6

Fonte: CNES/DATASUS.

Obs: 1) Média de seis meses; 2) Média de 7 meses.

Esse indicador expressa a relação entre o nº de óbitos após 24h do início da admissão hospitalar do paciente e o nº de saídas hospitalares no mês, considerando-se bom o resultado quanto menor for o índice. Os resultados obtidos demonstram que o hospital H1 manteve, no período de análise, um padrão muito bom de taxa de mortalidade (próximo a zero), o hospital H2 conseguiu reduzir esse indicador consideravelmente (de 4 para 1), enquanto o H5 dobrou sua taxa (de 3 para 6). Por fim, os hospitais H3 e H4 mantiveram, durante o período de exame, taxas de mortalidade em níveis mais elevados que os demais.

Conforme mencionado inicialmente, em virtude da obtenção de dados parciais, nas

páginas eletrônicas do DATASUS e das respectivas OSS, dos indicadores “Índice de Renovação/Giro de Rotatividade”, “Taxa de Ocupação Hospitalar” e “Taxa de Infecção Hospitalar” (apenas dos hospitais H1, H4 e H5), os resultados aferidos não foram consignados na pesquisa, para não desvirtuarem o desempenho geral dos hospitais da amostra.

## METAS DE PRODUÇÃO

Tabela 3 – Média Anual do Número de Internações

Hospital	2015 <sup>1</sup>	2016	2017	2018	2019 <sup>2</sup>
H1	358	360	370	370	356
H2	83	93	97	104	373
H3	750	764	842	901	895
H4	387	434	710	644	409
H5	618	754	803	1268	1080

Fonte: CNES/DATASUS.

Obs: 1) Média de seis meses; 2) Média de 7 meses.

Essa meta expressa a média mensal de internações realizadas pelos hospitais, considerando-se boa de acordo com o grau de atingimento ou superação. Os resultados obtidos demonstram que, no período de análise, apenas os hospitais H2 e H5 conseguiram incrementos expressivos na execução dessa meta, os hospitais H3 e H4 tiveram desempenhos razoáveis, com oscilações, e o hospital H1 manteve estável a média de internações (entre 360 e 370).

Tabela 4 – Média Anual do Número de Leitos SUS Disponíveis

Hospital	2015 <sup>1</sup>	2016	2017	2018	2019 <sup>2</sup>
H1	115	104	98	98	98
H2	31	31	30	33	77
H3	214	214	214	214	214
H4	135	137	137	137	137
H5	106	106	106	200	235

Fonte: CNES/DATASUS.

Obs: 1) Média de seis meses; 2) Média de 7 meses.

Essa meta expressa a média mensal de leitos disponibilizados pelos hospitais ao SUS para o atendimento à população, considerando-se boa de acordo com o grau de atingimento ou superação. Os resultados obtidos demonstram que, no período de análise, os hospitais H2 e H5 aumentaram consideravelmente a média de leitos disponíveis somente em 2019 (mais que o dobro em 2015). Os hospitais H3 e H4 mantiveram praticamente as mesmas médias de leitos nos 5 anos e o hospital H1 reduziu os leitos SUS (de 115 para 98).

Tabela 5 – Média Anual do Número de AIH's Aprovadas

Hospital	2015 <sup>1</sup>	2016	2017	2018	2019 <sup>2</sup>
H1	358	360	370	370	356
H2	83	93	97	104	373
H3	750	764	842	901	895
H4	333	350	324	325	287
H5	618	754	803	1268	1080

Fonte: CNES/DATASUS.

Obs: 1) Média de seis meses; 2) Média de 7 meses.

Essa meta expressa a média mensal de AIH's (Autorizações de Internação Hospitalar) dos hospitais aprovadas pelo Ministério da Saúde, considerando-se boa de acordo com o grau de atingimento ou superação. Os resultados obtidos demonstram que, no período de análise, os hospitais H2, H3 e H5 conseguiram elevar a quantidade de AIH's aprovadas (349%, 19% e 74%, respectivamente), enquanto os hospitais H1 e H4 mantiveram suas médias estáveis, com pequenas oscilações.

Tabela 6 – Média Anual do Valor Total Recebido pelas AIH's em milhares R\$

Hospital	2015 <sup>1</sup>	2016	2017	2018	2019 <sup>2</sup>	Total
	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
H1	220,11	227,03	293,86	318,15	282,09	1.341,23
H2	172,84	169,86	174,09	158,06	347,53	1.022,38
H3	992,69	1.115,29	1.287,07	1.221,23	1.016,16	5.632,43
H4	455,85	468,29	672,74	666,50	583,72	2.847,09
H5	537,88	764,47	900,27	1.811,24	1.380,04	5.393,90

Fonte: CNES/DATASUS.

Obs: 1) Média de seis meses; 2) Média de 7 meses.

Essa produção expressa a média dos valores totais mensais das AIH's recebidos pelos hospitais, sem considerar a inflação do período. Os resultados obtidos demonstram que, no período de análise, apenas o hospital H5 obteve incremento expressivo nos valores totais recebidos pelas AIH's (o maior em 2018, de 236% em relação a 2015). Os hospitais H1, H3 e H4 tiveram incrementos razoáveis e o hospital H2 teve oscilações nessa média, inclusive com decréscimos nos repasses (2016 e 2018).

Com base nos dados retro elencados, conclui-se que não há como afirmar que a assunção da gestão de hospitais públicos por Organizações Sociais de Saúde tenha contribuído para a melhoria da gestão e dos serviços ofertados à população, uma vez que, no período analisado:

- a) dos cinco hospitais, dois mantiveram tempo médio de permanência em patamares bons, dois conseguiram reduzir o tempo médio em 3 ou quatro dias e um deles manteve o indicador acima de sete dias;

- b) apenas dois dos cinco hospitais conseguiram reduzir suas taxas de mortalidade institucional, enquanto os outros três ou elevaram a taxa ou a mantiveram em patamares altos;
- c) apenas dois dos cinco hospitais analisados tiveram elevação considerável na quantidade de internações;
- d) dos cinco hospitais analisados, somente 2 tiveram aumento expressivo no número de leitos SUS disponíveis, ainda assim somente no último ano da série;
- e) dois dos cinco hospitais mantiveram a média de AIH's aprovadas pelo Ministério da Saúde ao longo dos 5 anos;
- f) apesar de receber mais de cinco milhões e seiscentos mil reais de julho/2015 a julho/2019, o hospital H3 foi o que apresentou níveis mais baixos de desempenho nos 2 indicadores disponíveis e razoáveis nas metas de produção, sendo a unidade hospitalar sob gestão de OSS há mais tempo (desde 2013);
- g) os hospitais H1 e H4, apesar de geridos pela mesma OSS (A), apresentaram resultados distintos, o que descarta a vinculação direta dos resultados aferidos pelos hospitais à gestão das entidades.

### **3.2. Dos artigos acadêmicos revisados**

Como complemento dos resultados obtidos na análise dos indicadores de desempenho e das metas de produção executadas pelos hospitais da amostra, convém apresentar alguns aspectos relatados nos artigos acadêmicos pesquisados, que permearam as experiências de publicização da gestão do ponto de vistas dos respectivos autores.

#### **3.2.1. Migração da gestão dos serviços hospitalares da Bahia para Organizações Sociais**

Neste artigo, Reis e Coelho (2018) apresentam o resultado da análise do Programa de Incentivo às Organizações Sociais (PIOS), criado pela Lei Estadual nº 7.027/1997, destacando, entre outros, os seguintes aspectos desse processo:

- incorporação das OSS à cena hospitalar baiana em 2005, concomitantemente ao afrouxamento da atuação do Conselho Estadual de Saúde;
- transmutação de empresas privadas em Organizações Sociais de Saúde, disfarçando um processo de privatização, a fim de obter fácil acesso aos contratos públicos;
- transferência, para o setor público não estatal, da gestão de serviços e atividades não

exclusivas do Estado;

- surgimento de novas entidades a partir de OSS já consolidadas, em parceria com executivos do ramo privado da construção civil.

### **3.2.2. Transferência da gestão dos serviços e atividades de saúde pelo Estado de São Paulo**

Ibañez et. Al (2001) destacam nesse artigo as seguintes peculiaridades do caso da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – SES/SP:

- a transferência da gestão dos serviços e atividades de saúde foi uma medida estratégica de modernização do serviço público, dada a necessidade premente de incorporação à rede de serviços de saúde de dez hospitais gerais colocados em operação a partir de 1996;
- a assunção e a gestão dos dez hospitais assumidos pelas OSS (2.200 leitos públicos) foram acompanhadas e avaliadas pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, mediante convênio firmado com a SES/SP;
- análise preliminar do desempenho das OSS, de 1999 a junho de 2000, apontou resultados no atendimento ambulatorial e de pronto-socorro distintos entre hospitais da capital (50% > meta) e dos demais municípios (metas não atingidas);
- no atendimento hospitalar, praticamente todos os hospitais alcançaram as metas de saídas mensais e de taxa de ocupação mínima no primeiro ano, com exceção da meta de valor médio da AIH atingida apenas por metade dos hospitais;
- indicadores de qualidade dos serviços (como taxa de cesárea, infecção hospitalar e mortalidade), apresentaram-se dentro dos parâmetros definidos no Plano Operacional da SES/SP.

### **3.2.3. A gestão da atenção primária à saúde (APS) por OSS nas capitais da região sudeste**

O estudo de Ramos e Seta (2019), focado no desempenho de duas capitais que recorreram à gestão por OSS (São Paulo e Rio de Janeiro) frente às outras duas que mantiveram a gestão da APS na Administração Direta (Vitória e Belo Horizonte), utilizando, dentre outros, dados demográficos, socioeconômicos e orçamentários secundários de acesso livre, além de pesquisas em sítios eletrônicos, apresentou os seguintes resultados sobre as quatro capitais:

- apenas o Rio de Janeiro apresentou IDH fora do patamar considerado alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (> 0,800), enquanto Vitória foi a capital com o maior IDH – 0,845;

- as quatro capitais apresentavam praticamente os mesmos índices de comprometimento dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal e se encontravam distantes do limite legal (54%);
- todas as capitais tiveram pioras nos indicadores de riscos e agravos à saúde, destacando-se São Paulo e Vitória, com maiores decréscimos nos indicadores de cura de casos novos de tuberculose e de cobertura vacinal adequada, respectivamente;
- na Proporção de Gastos em Atenção Básica, apesar de São Paulo e Rio de Janeiro apresentarem maiores percentuais com atenção básica, seus gastos por habitante em toda a função saúde foram inferiores a 20%, enquanto Belo Horizonte possuía um dos mais altos do país (29,30%);
- apesar de uma rápida expansão da cobertura em APS no Rio de Janeiro após a assunção da gestão pelas OSS, Belo Horizonte e Vitória alcançaram coberturas superiores e melhores resultados em indicadores como a taxa de mortalidade infantil, por exemplo;
- São Paulo e Rio de Janeiro (optantes pelo modelo de gestão das OSS) não obtiveram melhores resultados que Belo Horizonte e Vitória (Administração Direta), nos indicadores selecionados e analisados no período de escopo.

#### **3.2.4. Alocação de recursos públicos do governo de Pernambuco em hospitais geridos por OSS**

Neste estudo exploratório, Ximenes, Schmaller e Bezerra (2018) apresentam as características do processo de publicização dos serviços de saúde pelo Estado de Pernambuco, sendo identificado que:

- no período de 2010 a 2012, o governo estadual teria investido mais de 600 milhões de reais nos principais hospitais públicos (7,8% do gasto total com saúde) contra mais de 800 milhões de reais repassados as OSS (11%);
- o incremento promovido pelo governo estadual nos repasses de recursos para as OSS (248%) foi maior que os acréscimos de recursos para os hospitais públicos (229%), durante os três anos;
- apesar do volume de recursos públicos aplicados nas unidades hospitalares geridas por OSS e de se tratarem de unidades novas e entregues plenamente equipadas para funcionar, o número de seus atendimentos foi inferior aos dos hospitais geridos pela Administração Pública (média e alta complexidade – 88.822 X 331.762 e apenas alta complexidade – 798 X 27.095);
- comparando-se indicadores de gestão de dois hospitais sob gestões distintas,

constatou-se que o custo médio de atendimento do hospital público foi mais de 3 vezes menor que o do hospital publicizado (R\$1.597,25 X R\$5.303,67), com número de atendimentos 288% maior (82.908 X 28.747);

- os fatos constatados colocariam por terra os discursos dos governantes locais de que a pressão na capacidade instalada das unidades públicas existentes seria aliviada pela redução na demanda pelos seus atendimentos, bem como o argumento de maior eficiência e eficácia da gestão das OSS.

### **3.2.5. Gestão do Hospital Sarah Kubtscheque pela Associação das Pioneiras Sociais (APS)**

A análise qualitativa da experiência desse hospital enfocou a efetividade do controle social efetuado por seu conselho de administração. Apesar de legal e formalmente instituído como instância para o exercício do controle social da OSS estudada (APS), a atuação do seu Conselho de Administração sofreu duras críticas e questionamentos sobre sua efetividade, pois os estudos apontaram indícios de manipulação na composição de seus membros, muitos deles representantes do Poder Público, com o intuito de atender interesses particulares ou corporativos (ALMEIDA, K. S., 2006).

### **3.2.6. Análise do desempenho dos serviços prestados por OSS no estado do Rio de Janeiro**

A análise realizada por Santana (2015) sobre o desempenho dos Contratos de Gestão celebrados pela SES/RJ, de 2012 ao 1º semestre de 2015, baseou-se no Coeficiente de Desempenho (CD), obtidos pela razão entre a Produção Assistencial Realizada (PAR) e a Produção Assistencial Contratada (PAC), cujo parâmetro mínimo esperado pela SES/RJ seria igual a 1. Nessa análise, verificou-se que:

- os CD obtidos pelo pesquisador na dimensão quantitativa da Produção Assistencial dos Hospitais de Emergência, a partir de 2015, superaram o indicador pactuado pelo ente estatal com as OSS, com exceção do Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL);
- em 2014, para a Produção Assistencial dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) nas Unidades de Emergência, todas as OSS obtiveram coeficientes superiores à meta desejada pela SES/RJ, destacando-se o Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT) com quase o dobro;
- os indicadores de desempenho na Produção Assistencial Hospitalar dos Hospitais Especializados teriam evidenciado uma evolução crescente no período avaliado,

ressalvado os casos do Hospital São Francisco de Assis (HSFA) e do Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer/Hospital Estadual Anchieta (IEC/HEAN);

- Apenas o Hospital Estadual de Transplante e Cirurgia Infantil (HCRIANÇA) e o HSFA teriam atingido o CD pactuado para a Produção Assistencial SADT das Unidades Especializadas, sugerindo que as metas possivelmente não teriam sido dimensionadas com base no perfil de atendimento dessas unidades;
- Apesar de as Unidades de Pronto Atendimento – UPA geridas pelas OSS não terem atingido o CD estabelecido pela SES/RJ em 2012, teria havido uma considerável melhora de 2013 a 2015 (de 59% para 93%).

### **3.3. Dos apontamentos do Acórdão nº 3239/2013-Plenário**

Uma série de irregularidades foi apontada no Acórdão nº 3239/2013-Plenário, que decorreu de uma Auditoria Operacional realizada por equipe técnica daquela corte de contas em conjunto com as Secretarias de Controle Externo da Bahia, do Paraná e de São Paulo, para verificar se os gestores das Secretarias de Saúde dos Estados da Bahia (SES/BA), São Paulo (SES/SP) e Paraíba (SES/PB), Municipais de Salvador (SMSS), Araucária (SMSA), Curitiba (SMSC), São Paulo (SMSSP) e da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC) teriam atuado adequadamente de forma a: garantir que os serviços de saúde terceirizados atendessem aos requisitos do SUS; e minimizar os riscos de desvios de recursos públicos.

### **3.4. Dos resultados dos trabalhos realizados pela CGU**

Da análise dos dez relatórios de ação de controle obtidos junto à Controladoria-Geral da União, foi possível identificar, dentre outras, as seguintes impropriedades/irregularidades na terceirização dos serviços de saúde para entidades sem fins lucrativos:

- i) Realização de pagamentos por prefeituras às OSS, sem a comprovação da efetiva prestação dos serviços de saúde;
- ii) Ausência de planejamento e de estudos prévios que demonstrassem as vantagens de terceirização em relação à prestação direta dos serviços de saúde;
- iii) Restrição à competitividade, ausência de concorrência e direcionamento em certames destinados à terceirização dos serviços de saúde para OSS;

- iv) Ausência de cláusulas adequadas, de indicadores de desempenho, de transparência da gestão e de fiscalização, pelos gestores públicos, dos serviços de saúde executados por OSS;
- v) Uso de contrato de gestão com OSS para intermediar contratação indireta de profissionais de saúde, sem processo seletivo e em afronta aos princípios constitucionais de impessoalidade e publicidade;
- vi) Atuação deficiente de consórcio contratado por uma prefeitura para melhoria dos serviços de saúde prestados;
- vii) Ausência de processos seletivos para a contratação dos profissionais de saúde, resultando em um grande rodízio nos prestadores de serviços médicos e impedindo a formação de um quadro de especialistas;
- viii) Ausência de cumprimento das metas e atividades previstas no Termo de Referência do Contrato de gestão;
- ix) Contratação de OSCIP sem a comprovação da plena capacidade técnica para a prestação dos serviços de saúde;
- x) Ausência de independência na atuação da comissão responsável pela fiscalização de Termo de Parceria firmado por um município com uma OSCIP;
- xi) Irregularidades no processo de qualificação de OSS realizado por um município;
- xii) Pagamentos irregulares realizados por um município a uma OSS, relacionados à aquisição de equipamentos para uma UPA;
- xiii) Baixo nível de ocupação das unidades de internação de um hospital gerido por uma OSS, diante dos insumos e recursos públicos disponibilizados pela prefeitura.

### **3.5. Discussão**

Em virtude da ausência de posicionamento do STF quanto ao mérito da Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI nº 1.923/DF, ainda hoje persiste a polêmica sobre a constitucionalidade ou não de dispositivos da Lei Federal nº 9.637/1998 e do inciso XXIV do art. 24 da Lei nº 8.666/1993, que dispensa de licitação a contratação das OSS. Alguns pontos já debatidos pelos ministros do STF na análise da referida ação já foram inclusive abordados em julgados do TCU, como os Acórdãos nº 1.777/2005-TCU-Plenário, nº 3.373/2012-TCU-Plenário e nº 710/2010-TCU-2ª Câmara, com recomendações das equipes técnicas para que a aquela Corte de Contas firme entendimentos que garantam a segurança jurídica dos ajustes celebrados, até o derradeiro julgamento da ação pelo STF.

Com relação aos processos de habilitação e seleção das entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais, até a regulamentação da Lei nº 9.637/1998 pelo Decreto nº 9.190, de 1º de novembro de 2017 (após quase duas décadas), o critério definido no inciso III do art. 2º da referida Lei para a essa habilitação (manifestação do Ministro ou titular do órgão supervisor ou regulador da área de atuação da entidade quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação) fora duramente criticado, por sugerir a interpretação de que tal procedimento se revestiria de excessiva discricionariedade por não definir quais critérios técnicos deveriam ser adotados, pela Administração, na qualificação das entidades pleiteantes.

Tal situação possibilitou a ocorrência de qualificação de empresas privadas transmutadas em entidades sem fins lucrativos repentinamente, muitas vezes integradas por gestores ou ex-gestores de unidades públicas de saúde, em processos realizados com avaliações subjetivas por parte das comissões responsáveis pela seleção das OSS, que indicavam o direcionamento na contratação, como apontado pelo TCU na inspeção realizada no processo de qualificação da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro para publicização dos Hospitais Pedro II e Ronaldo Gazolla<sup>9</sup>.

Outra consequência da interpretação equivocada do inciso II do art. 2º da Lei nº 9.637/1998, foi a realização do processo de habilitação e seleção das entidades como mera formalidade para a contratação de organizações já habilitadas e em funcionamento, restringindo a participação de outras interessadas, como nos casos apontados pelo TCU do processo de seleção da OSS para a gestão do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena na Paraíba, em que o prazo entre a publicação do edital de chamamento nº 3/2012 e a sessão de abertura foi de 17 dias, e do chamamento nº 1/2008 para publicização do Hospital Municipal de Araucária, em que esse tempo foi de 21 dias. Em ambos os casos as entidades selecionadas já possuíam habilitação como OSS antes dos certames.

Dois fatores determinantes para uma gestão eficiente dos serviços de saúde, seja pela gestão direta da Administração Pública, seja mediante sua transferência para OSS, são o nível de integridade das instituições e grau de comprometimento e qualificação do corpo funcional das unidades de saúde responsáveis pela entrega dos serviços à população. Instituições com baixo nível de integridade e mão-de-obra desqualificada e sem comprometimento possibilitam interferências políticas na gestão desses serviços, sendo comuns: a realização de processos sem estudo prévio ou realizados de forma precária; o direcionamento de contratações, visando

---

<sup>9</sup> Tribunal de Contas da União – TCU. Acórdão Plenário nº 3.239/2013 – Relatório de Auditoria Operacional, 2013.

atender interesses individuais ou de grupos; ausência de métricas (indicadores) de avaliação de desempenho dos serviços prestados ou sem atributos mínimos para tal; deficiências na fiscalização/acompanhamento da execução do contrato de gestão e na análise das prestações de contas.

Pelo contrário, instituições com alto grau de integridade e corpo técnico qualificado e comprometido minimizam os riscos de desvios na gestão dos serviços de saúde, que tendem a ser mais eficientes e efetivos, proporcionando o melhor aproveitamento dos recursos públicos aplicados. A evidência de que tais premissas se aplicam tanto em unidades diretamente geridas pelo Estado como naquelas publicizadas foi encontrada no estudo exploratório realizado na gestão da Atenção Primária à Saúde das quatro capitais da região sudeste, em que praticamente se observou equivalência nos indicadores de desempenho nos dois modelos de gestão.

Na gestão de recursos humanos, foi possível identificar que, apesar da divergência de opiniões entre as correntes de juristas favoráveis e contrários ao modelo de gestão da saúde por Organizações Sociais, inclusive quanto à obrigatoriedade ou não de concurso público para contratação de pessoal, existe um risco real de precarização das relações trabalhistas em virtude da flexibilização concedida pela Lei às OSS para a contratação de novos profissionais sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, ou ainda pela quarteirização dos serviços desses profissionais<sup>10</sup>, em alguns casos com remunerações bem inferiores às dos servidores públicos eventualmente cedidos pelo ente público para o funcionamento da unidade hospitalar.

Relativamente ao controle social da atuação das OSS, diretriz estabelecida no inciso III do art. 20 da Lei nº 9.637/1998 e reforçada no inciso IV do Decreto nº 9.190/2017, a falta de participação efetiva da sociedade nos respectivos Conselhos de Administração constitui-se um risco potencial de desvios e irregularidades na aplicação dos recursos e no uso dos bens disponibilizados pelo Estado para a prestação dos serviços à população, tendo em vista que tais entidades adotam uma personalidade híbrida de gestão (afastando-se paulatinamente do setor público em direção ao setor privado). Uma ampla e efetiva participação dessa mesma sociedade contribui para evitar que recursos públicos (financeiros, humanos e instalações) sejam apropriados e utilizados indevidamente para atender fins ou interesses particulares – individuais ou de grupos.

Entretanto, essa participação da sociedade somente se fará efetiva se os órgãos públicos gestores e as OS responsáveis pela gestão dos serviços de saúde publicizados adotarem medidas

---

<sup>10</sup> Processo em que uma empresa gerencia o processo de terceirização de atividades não-finalísticas de um cliente, utilizando, além da sua própria estrutura, a de um terceiro (outra empresa ou profissional autônomo especializado) para garantir a execução das atividades terceirizadas.

no sentido de garantir a transparência da aplicação dos recursos públicos repassados, seja por meio de seus sítios eletrônicos na rede mundial de computadores (transparência ativa), seja mediante provocação dos cidadãos (transparência passiva), o que não se comprovou nesta pesquisa, haja vista as restrições encontradas pelo autor na busca dos dados diretamente nos sites das OS e das secretarias de saúde e as respostas negativas às demandas formalmente formuladas, muitas delas por meio dos respectivos canais de ouvidoria.

Outra questão que reclama uma discussão mais ampla e aprofundada (acadêmica, política e administrativa), que impacta diretamente na eficácia e efetividade do controle social sobre a gestão dos serviços de saúde, refere-se à participação, nos Conselhos de Administração de uma OSS, de membros da alta cúpula do Poder Público. Há que se questionar até que ponto o protagonismo e a sobreposição de papéis desses agentes políticos seriam capazes de transformar essas instituições em meros instrumentos de atendimento de interesses individuais ou de grupos e, em último caso, de possibilitar, por exemplo, interferências nos processos de destinação de recursos públicos ou de fiscalização da execução dos respectivos contratos de gestão.

Uma das formas para se minimizar o risco desse tipo de interferência seria colocar o tema em debate em todos os cenários da sociedade, inclusive e principalmente no legislativo, para aperfeiçoar os dispositivos legais e estimular a participação efetiva de um número maior de representantes da sociedade civil nas instâncias colegiadas das OSS, estabelecendo-se mecanismos formais de incentivo à participação dos usuários desses serviços e de prevalência do interesse coletivo da sociedade. Debates esses que incluam também discussões em níveis estratégicos, sobre as políticas de saúde e sobre o nível dos serviços prestados pelas OSS, mediante a definição de parâmetros e indicadores que permitam comparar tanto os desempenhos obtidos individualmente (avaliação da evolução histórica) como entre elas.

Mesmo com o pouco tempo da adoção do modelo de gestão dos serviços de saúde pelas OSS, as limitações enfrentadas pelo pesquisador neste trabalho acadêmico e a escassez de dados empíricos na literatura científica revisada, os resultados obtidos e aqui registrados indicam que ainda não há como afirmar categoricamente que esse novo modelo de venha a se constituir como a solução gerencial mais adequada para elevar os níveis de eficiência e eficácia e resolver os problemas de gestão do SUS.

O desafio de buscar um modelo de gestão dos serviços de saúde a serem ofertados à sociedade (seja diretamente pelo Estado, seja pela participação de Organizações Sociais) ganha consideráveis proporção e importância, quando consideradas as desigualdades sociais que assolam a maior e mais carente parcela da população brasileira, que sofre com baixos índices

de desenvolvimento social e a ausência de políticas públicas essenciais e efetivas, não só na área da saúde, mas também na educação, na assistência e na previdência social.

#### 4. CONCLUSÃO

A análise dos indicadores e metas de produção hospitalar dos cinco hospitais com gestão assumidas por Organizações Sociais de Saúde não demonstrou que a mudança do modelo de gestão tenha contribuído para a melhoria de seus desempenhos ao longo do período examinado (julho/2015 a julho/2019), pois apenas um dos cinco hospitais selecionados apresentou evolução significativa no desempenho (H5, cuja exceção foi a taxa de ocupação hospitalar). Outros três hospitais analisados (H1, H2 e H4) apresentaram desempenhos razoáveis, com oscilações nos indicadores e metas analisados. Já o hospital H3 foi o que apresentou os níveis mais baixos de desempenho, apesar de ter recebido o segundo maior volume de recursos no período de exame (mais de cinco milhões e seiscentos mil reais) e ser a unidade hospitalar com maior tempo sob gestão de OSS (desde 2013).

O arcabouço bibliográfico revisado, inclusive os trabalhos do TCU e da CGU, permitiram ratificar os resultados obtidos na análise dos indicadores e das metas dos cinco hospitais publicizados, ao demonstrar que, após décadas do início do processo de reformulação do modelo administrativo brasileiro, ainda não há como garantir que o modelo de transferência dos serviços de saúde (em especial os hospitalares) para Organizações Sociais regidas pela Lei nº 9.637/1998 efetivamente se trataria da melhor solução para o aperfeiçoamento da gestão e para a melhoria dos serviços ofertados à população, em especial aquela mais carente.

Relativamente ao cumprimento da Lei nº 9.637/1998 (criação das Organizações Sociais), verificou-se que, em novembro de 2018, das 27 unidades da federação, apenas 3 ainda não teriam editado normativo regulamentador das Organizações Sociais de Saúde – OSS (RS – projeto de lei em tramitação e AC e RR – sem projeto)

Já com relação aos municípios, em 7 unidades da federação nenhum município elaborou legislação própria regulamentando a atuação das OSS (Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins).

De acordo com os dados obtidos em junho de 2019 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, mantido pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde no portal do DATASUS (CNESNet/DATASUS)<sup>11</sup>, estariam cadastrados no Brasil 7.021

---

<sup>11</sup> Disponível em <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 21 jun. de 2019.

hospitais, sendo 5.079 Gerais (634 filantrópicos), 945 Especializados (58 filantrópicos), 674 Hospitais Dia-Isolado<sup>12</sup>, 250 Hospitais de Pequeno Porte, 8 da Rede Sarah e 41 Privados.

Apesar das dificuldades enfrentadas na realização deste trabalho acadêmico, foi possível identificar as seguintes situações nas experiências de publicização relatadas nas seis obras bibliográficas analisadas, no Acórdão TCU nº 3239/2013-Plenário e nos relatórios da CGU, com potencial de prejudicar o atingimento dos objetivos de melhoria da qualidade dos serviços de saúde (em especial os hospitalares) com o aumento da eficiência e da produtividade das unidades publicizadas:

- transmutação, nos primeiros e mais antigos processos de publicização de serviços de saúde, de empresas privadas em entidades sem fins lucrativos, com o intuito de se adequarem às normas regulamentadoras do novo modelo de gestão e garantir o acesso aos recursos disponibilizados pelo Estado para a prestação dos serviços públicos;
- impacto nos níveis de eficiência e produtividade, bem como na qualidade dos serviços prestados, em decorrência do clima organizacional negativo gerado pela existência de profissionais com cargos e qualificações equivalentes, porém com vínculos trabalhistas distintos;
- baixo nível de integridade da entidade, aumentando os riscos de interferências políticas na sua gestão para o atendimento de interesses particulares em detrimento dos interesses da sociedade (prestação dos serviços de saúde com qualidade e equidade de acesso);
- baixo nível de transparência das Organizações Sociais de Saúde na prestação de contas da aplicação dos recursos públicos à sociedade, por meio de seus portais na rede mundial de computadores (internet); e
- deficiência nos controles realizados pelos entes públicos responsáveis pela supervisão e monitoramento do desempenho das OSS, o que favorece a ocorrência de desvios na aplicação dos recursos públicos repassados e de prejuízo na qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

## 5. SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Tendo em vista as limitações de tempo e espaço impostas à realização deste trabalho,

---

<sup>12</sup> Regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial – Disponível em <[http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com\\_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=465&historico=20006922](http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=465&historico=20006922)>. Acesso em: 26 jun. de 2019.

que prejudicaram o acesso às informações integrais sobre o desempenho dos hospitais selecionados para a pesquisa, sugere-se que novas pesquisas relativas à atuação de Organizações Sociais na área da saúde, em especial na prestação de serviços hospitalares, sejam realizadas futuramente, mediante a adoção de técnicas de coleta de dados junto às OS e aos estabelecimentos de saúde, de aplicação de questionários (*LimeSurvey*, por exemplo) com os gestores públicos (secretarias estaduais e/ou municipais de saúde) e das entidades sociais, e de pesquisas de satisfação junto às populações atendidas, visando ampliar os resultados obtidos não só aqui, mas em todos os trabalhos científicos já realizados. Dessa forma, poder-se-ia identificar os pontos fortes, as fragilidades estruturais, os riscos e os conflitos jurídicos decorrentes da adoção do modelo de gestão da saúde pelas entidades não-governamentais, bem como avaliar se essa é a solução mais adequada para agregar a eficiência e a eficácia que garantam a oferta de ações e serviços de saúde de qualidade para a população brasileira, em especial aquela mais carente.

## 6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. S. **Setor público não-estatal: (des) caminhos do controle social e da equidade no acesso aos serviços das organizações sociais de saúde**, julho a dezembro de 2006, Revista Brasileira Extensão Universitária, v.4, n.2, p. 49-57.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. **Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde**, dezembro de 2014, Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 499-518.

BRASIL (1975<sup>a</sup>). Lei ordinária nº 6.229, de 17 de jul. de 1975. Organização do Sistema Nacional de Saúde, Brasília, DF, jul 1975;

\_\_\_\_\_ (1975<sup>b</sup>). Decreto nº 76.973, de 21 de dez. de 1975. Normas e padrões para prédios destinados a serviços de saúde, credenciação e contratos com os mesmos, Brasília, DF, dez 1975;

\_\_\_\_\_ (1988). Constituição Federal, 05 de out. de 1988, Brasília, DF, out 1988;

\_\_\_\_\_ (1990<sup>a</sup>). Lei ordinária nº 8.080, de 19 de set. de 1990. Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, Brasília, DF, set 1990;

\_\_\_\_\_ (1990<sup>b</sup>). Lei ordinária nº 8.142, de 28 de dez. de 1990. Participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, Brasília, DF, dez 1990;

\_\_\_\_\_ (1998). Lei ordinária nº 9.637, de 15 de mai. de 1998. Qualificação de entidades como organizações sociais, criação do Programa Nacional de Publicização, extinção de órgãos e de entidades e absorção de suas atividades por organizações sociais, Brasília, DF, mai 1998;

\_\_\_\_\_ (1999). Lei ordinária nº 9.790, de 23 de mar. de 1999. Qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, instituição e disciplina do Termo de Parceria, Brasília, DF, mar 1999;

\_\_\_\_\_ (2000). Portaria MS/SAS nº 511, de 29 de dez. de 2000. Criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde, recadastramento de todos os estabelecimentos de saúde prestadores de serviço ao SUS e cadastramento dos estabelecimentos não contratados/conveniados com o SUS, Brasília, DF, dez 2000;

\_\_\_\_\_ (2013). Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dez. de 2013. Instituição da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS e das diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), Brasília, DF, dez 2013;

\_\_\_\_\_ (2014). Lei ordinária nº 13.019, de 31 de jul. de 2014. Regime jurídico das parcerias de cooperação mútua entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, para consecução de finalidades de interesse público e recíproco, Brasília, DF, jul 2014.

CADERNO CONCEITOS E DEFINIÇÕES EM SAÚDE DA SECRETARIA NACIONAL DE AÇÕES BÁSICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977.

CUNILL GRAU, N. (1997). **Repensando lo público a través de la sociedad**. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo - CLAD.

CRESWELL, J. **Research design: Qualitative, quantitative and mixed method approaches**, 2003. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.

CRUZ, S. F. da. **O terceiro setor e as organizações não governamentais**, 2014.

EISENHARDT, K. M. **Building Theories from Case Study Research**, 1989. The Academy of Management Review.

FERNANDES, R. C. **Privado porém público – O Terceiro Setor na América Latina**, 1994. 2ª ed. Rio de Janeiro/RJ: Dumará Distribuidora de Publicações Ltda.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**, 2002. 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas.

GOODE, W. J. e HATT, P. K. **Métodos em Pesquisa Social**, 1969. 3ª ed., São Paulo: Cia Editora Nacional.

HARNEY, D. F. (1992). **Service Contracting: a local government guide. Municipal management series**, Second Edition: ICMA Press, 2007.

IBAÑEZ, N. et al. **Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo**, 2001. Instituto Brasileiro de Organizações Sociais de Saúde – IBROSS. **Leis de estados e municípios que regulamentam as OSS**, 2018.

LÜDKE, M. e ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**, 1986. São Paulo/SP: Editora Pedagógica e Universal Ltda. – EPU.

MARCONI, M. A. e LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**, 2003. 5ª ed. São Paulo/SP: Editoria atlas S.A.

MARTINS, H. F. **A modernização da Administração Pública Brasileira no Contexto do Estado**, 1995, Dissertação apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas, para a Obtenção do Grau de Mestre em Administração Pública.

MATOS, H. e CHAGAS, D. R. **As consequências do processo de terceirização para o setor de gerenciamento de serviços de saúde**, janeiro a junho de 2017, Revista Expressão Católica Saúde, v.2, n.1, p. 24-29.

PAHIM, M. L. L. **Organizações Sociais de Saúde do estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde**, 2009.

PENTEADO FILHO, P. A. **Desafios e Oportunidades da Reforma do Estado no Brasil: a Questão das Organizações Sociais**, 1998.

PEREIRA, L. C. B. **Reforma Gerencial de 1995**, 2010.

PEREIRA, L. C. B. **Caderno MARE da Reforma do Estado – Organizações Sociais**, 1998.

PLANO DIRETOR DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO (PDRAE), 1995.

PORTAL BHBIT – SOLUÇÕES PARA O TERCEIRO SETOR. **Terceiro setor – significado e sua história no Brasil**, 2015. Disponível em <<https://www.bhbit.com.br/terceiro-setor/o-que-e-terceiro-setor-significado/>>. Acesso em: 16 jun. de 2019.

PORTAL CNESWEB/DATASUS. **Hospitais cadastrados no CNES por tipo de estabelecimento e Unidade da Federação**, 2019. Disponível em <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp)>. Acesso em: 23 jun. de 2019.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Unidades hospitalares contratualizadas**, 2019. Disponível em <<http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/unidades.php>>. Acesso em: 21 jun. de 2019.

RAMOS, A. L. P. e SETA, M. H. de. **Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014**. Caderno de Saúde Pública de 14 de dezembro de 2018.

REIS, M. C. e COELHO, T. C. B. **Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde**, 2018, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.28. 32 f.

SANTANA, L. F. de. **Análise do desempenho dos serviços prestados através das organizações sociais de saúde no estado do Rio de Janeiro**, 2015, Biblioteca Mario Henrique Simonsen/FGV, 116 f.

SANTOS, M. A. B. **Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas**, 2012, Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – SEBRAE. **Tudo sobre Organizações Não-Governamentais (ONGs)**, 2019. Disponível em

<<https://m.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/o-que-e-uma-organizacao-nao-governamental-ong,ba5f4e64c093d510VgnVCM1000004c00210aRCRD>>. Acesso em: 17 jun. de 2019.

SOARES, G. B. **Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS?**, 2016, Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v.7, n.2, p. 828-850.

Tribunal de Contas da União – TCU. **Acórdão Plenário nº 3.239/2013 – Relatório de Auditoria Operacional**, 2013.

XIMENES, A. F.; SCHMALLER, V. P. V.; BEZERRA, A. F. B. **Alocação de Recursos do Fundo Público Para Organizações Sociais da Saúde**, setembro a dezembro de 2018, Revista Sociedade em Debate (Pelotas), v, 24, n. 3, p. 113-128.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.