

# Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil:

percepção de gestores

Hélder Freire Pacheco<sup>(a)</sup>  
 Garibaldi Dantas Gurgel Júnior<sup>(b)</sup>  
 Francisco de Assis da Silva Santos<sup>(c)</sup>  
 Simone Cristina da Costa Ferreira<sup>(d)</sup>  
 Eliane Maria Medeiros Leal<sup>(e)</sup>

Pacheco HF, Gurgel Júnior GD, Santos FAS, Ferreira SCC, Leal EMM. Social organizations as management model of healthcare in Pernambuco, Brazil: perceptions of managers. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):585-95.

The study examines the perception of public officials on the adoption of a management model based on the transfer of management responsibilities to the so-called 'social organizations' in health care. We use a multi-method qualitative approach incorporating as research techniques semi-structured interviews with Pernambuco state public managers and focus groups with municipal levels of this State, and analysis of documentary data. The results show differences in the perception of managers regarding the state regulation of these organizations and political disagreements about the model itself. As conclusions, there are different views with respect to the management model adopted, depending on the position occupied by the public manager in the Health System in the State.

**Keywords:** Organizations in Health. Health manager. Health Policy and Health management.

O estudo analisa a percepção dos agentes públicos quanto à adoção do modelo de gestão baseado na transferência de responsabilidades gestoras para Organizações Sociais na assistência à saúde. Utiliza-se uma abordagem qualitativa multimétodo, tendo, como técnicas de pesquisa, entrevistas semiestruturadas com gestores públicos estaduais, e a realização de grupo focal com gestores municipais da saúde, no Estado de Pernambuco, além de análise de dados documentais. Os resultados apontam divergências quanto à percepção dos gestores no tocante à regulação do Estado sobre essas organizações e discordâncias políticas sobre o modelo em si. Conclui-se que existem visões distintas, com respeito ao modelo de gestão adotado, de acordo com a posição que ocupa o gestor público no Sistema Unico de Saúde no Estado.

**Palavras-chave:** Organizações em Saúde. Gestor de Saúde. Política de Saúde e Gestão em Saúde.

<sup>(a)</sup> Mestrando, Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n, Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. 50740-465. helder-pacheco@bol.com.br

<sup>(b)</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Fiocruz. Recife, PE, Brasil. gurgel@cpqam.fiocruz.br

<sup>(c)</sup> Centro Acadêmico do Agreste, Universidade Federal de Pernambuco. Caruaru, PE, Brasil. francisco.a.santos@hotmail.com

<sup>(d)</sup> Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. scriscf@gmail.com

<sup>(e)</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Ipojuca, PE, Brasil. eliane.medeiros.leal@gmail.com

## Introdução

Os projetos de reforma do setor saúde no Brasil, nas últimas duas décadas, têm sido baseados em modelos teóricos, cuja diversidade de propósitos e objetivos políticos-institucionais têm provocado intenso debate e significativas mudanças estruturais no Sistema Único de Saúde. Souza e Carvalho<sup>1</sup>, de forma mais ampla e didática, esclarecem que os processos da Reforma do Estado, onde estão contextualizados esses processos de reforma setorial, ocorreram em dois estágios. A primeira geração foi pautada: na implantação de medidas de ajuste fiscal, abertura dos mercados, desregulamentação e privatizações. No entanto, tendo em vista a crise permanente que se abateu sobre os serviços públicos, diante de tais medidas contracionistas, os países iniciaram uma segunda geração de reformas estruturais. Essa reforma vem sendo pautada pela tentativa de reconstrução das capacidades administrativas e institucionais do serviço público. Portanto, duas gerações de reforma, na atualidade, se superpõem no país, sendo a primeira de cunho neoliberal, e a segunda de caráter regulador. Porém, ambas orientadas por diretrizes de mercado.

No SUS, esses processos vêm sendo operacionalizados pelos gestores públicos, e o debate institucional tem provocado uma grande variação na forma de aplicação de novos modelos de gestão. Desde meados dos anos 1990, no Brasil, a expressão concreta destas mudanças, com medidas que se superpõem, está representada pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), ainda no primeiro governo FHC (1995-2002). Na área dos serviços não exclusivos do Estado, como a saúde, uma das questões centrais do debate diz respeito à implantação de novas formas de gestão e provisão dos serviços públicos<sup>2</sup>.

Nesse contexto, o PDRAE<sup>3</sup> defendia a substituição paulatina das funções de provisão de serviços para a função de regulação da produção, especialmente, em organizações complexas, como os hospitais. Estes passariam a ser geridos por entes sem fins lucrativos, de natureza jurídica de direito privado, as Organizações Sociais (OSs), limitando a produção estatal no serviço público.

De acordo com o PDRAE<sup>3</sup>:

As Organizações Sociais em Saúde (OSSs) são definidas como entidades de interesse e de utilidade pública, associação sem fins lucrativos, surgidas da qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, nas atividades de ensino, pesquisa tecnológica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio-ambiente. (p. 60)

Segundo Carneiro e Elias<sup>4</sup>, as OSSs tornaram-se uma das principais naturezas jurídicas na redefinição do perfil e tamanho do setor público, executando atividades antes consideradas de caráter estatal, o que marca o início da efetiva participação de novos atores sociais e agentes econômicos na prestação de serviços à sociedade no SUS.

As OSSs foram institucionalizadas no Brasil e regulamentadas na forma da Lei nº 9.637<sup>5</sup>, de 15 de maio de 1998, por meio do Programa Nacional de Publicização. A partir daí, os estados da federação também implantaram as OSSs como modelos de gestão no âmbito da saúde, destacadamente o Estado de São Paulo. Em Pernambuco, a qualificação dessas organizações sem fins lucrativos foi regulamentada pelo decreto nº 11.743/2001<sup>6</sup>. Entretanto, somente em 2009, o governo estadual inicia o repasse da gestão dos novos serviços de saúde para as OSSs. O Hospital Miguel Arraes foi o primeiro dos novos serviços inaugurados a ser repassado à gestão das OSSs, sendo estabelecido o primeiro contrato de gestão. Em dezembro de 2014, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco informa, em seu site, que oito hospitais estão sob contrato de gestão com OSS, sendo: três metropolitanos e cinco no interior do Estado, 15 Unidades de Pronto Atendimento (Upas), e cinco Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPA-E), totalizando 28 unidades de média e alta complexidade<sup>7</sup>.

O objetivo deste estudo é analisar a percepção dos gestores públicos da saúde quanto à operacionalização do modelo de gestão com execução de serviços e ações por meio das OSSs, no Estado de Pernambuco, dentro do contexto da segunda geração de reformas da administração pública.

## Método

Trata-se de uma pesquisa analítica, com abordagem qualitativa multimétodo. Gomes et al.<sup>8</sup> afirmam que esse tipo de pesquisa contribui e dá força ao conjunto de conhecimentos produzidos em saúde coletiva, ampliando um fazer ciência que seja, de fato, rigoroso e alicerçado em bases teóricas.

Os sujeitos foram constituídos por gestores ligados à Secretária Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco e Secretários Municipais de Saúde membros do Conselho de Secretários Municipais Cosems - PE. Os gestores ocuparam cargos no período de implantação e operacionalização das OSSs no Estado e nos municípios, participando, efetivamente, desse processo.

Foi considerado, para este estudo, um universo composto de oito gestores estaduais e dez secretários municipais de saúde que representavam todas as quatro macrorregiões administrativas do Estado, totalizando dezoito sujeitos participantes da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre junho de 2012 e junho de 2013. Foram utilizados dados primários coletados a partir de entrevista semiestruturada, realizada com gestores estaduais. E a realização de um grupo focal com gestores municipais. Também foram coletados dados documentais de caráter oficial.

A análise do conteúdo do material coletado foi realizada mediante a análise de condensação de significados de Kvale<sup>9</sup>. Assim, após a obtenção dos dados, foram selecionadas as unidades naturais de análise, constituídas por trechos das falas transcritas relacionados à pergunta da pesquisa, sendo, então, apresentados os temas centrais, que representam o conteúdo obtido da análise das respostas, a partir da compreensão do pesquisador. Ao final, isso contribuiu para a descrição essencial da questão da pesquisa, conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado.

A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando-se a integridade física e moral dos participantes. Para o sigilo das informações, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães.

## Resultados e discussão

A partir da leitura das respostas dos gestores, foram definidas três categorias centrais que permearam a execução da pesquisa para facilitar a compreensão e o aprofundamento das questões mais relevantes do estudo. Os temas trabalhados foram definidos após a pesquisa de campo, pelo fato de representarem o resultado da análise preliminar das falas dos atores, que resultou nas seguintes categorias emergentes: **gestão estadual do SUS e o papel das OSSs; influências, decisões e questionamentos quanto à implementação das OSSs, e à eficiência e autonomia gerencial.**

### A gestão estadual do SUS e o papel das Organizações Sociais em Saúde

A disseminação de projetos de Reforma do Estado, a partir da década de 1980, nos países desenvolvidos, e na década de 1990, no Brasil, assume que o modelo da administração pública vigente não era mais capaz de atender às novas demandas da sociedade. A partir disso, se propagou um novo paradigma gerencial que trouxe, para a gestão pública no Brasil, alguns princípios típicos da gestão privada, como: eficiência, concorrência e produtividade<sup>10</sup>. Assim como, a ênfase para o caráter regulador do Estado baseado na transferência da execução das ações públicas no segundo estágio das reformas estruturais do setor público.

No SUS em Pernambuco, esse processo tem início a partir do novo desenho institucional do Estado no PDRAE onde é dada a diretriz para o papel regulador da autoridade sanitária; e a gerência das unidades de saúde passaria a ser realizada pelas OSSs. Isto fica claro nas falas dos gestores estaduais de saúde:

“[...] A gestão é sempre por parte do Estado. As OSSs têm auxiliado na gerência de algumas unidades hospitalares [...], quem determina o perfil das unidades e as metas é a Secretaria Estadual de Saúde. Vamos deixar sempre claro que a gestão é do Estado [...]”. (E1)

“[...] Os equipamentos são todos tombados pelo Estado, [...] aqui esta questão ainda está muito amarrada. [...] toda a estrutura física é do Estado, então as OSSs só entram com recursos humanos e a expertise em gestão [...]”. (E3)

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

Por outro lado, os gestores municipais membros do Cosems também apontam como importante as mudanças na forma de gestão do SUS. Mas, esses gestores apresentam uma visão mais crítica em relação ao modelo, demonstrando receio quanto ao propósito da operacionalização dos serviços a partir desse arranjo jurídico no sistema de saúde estadual. As questões abaixo demonstram algumas críticas e diferenças observadas:

As OSSs operam com base em contratos de gestão. Nesse sentido, evidencia-se que a relação do Estado com as entidades tem por base o cumprimento de metas e alcance dos objetivos adotados pela gestão, como prescreve o PDRAE.

“[...] As OSSs são executoras, e gerenciam pelo padrão imposto pela secretaria por meio do contrato de gestão, e produzem dentro do que está pactuado no contrato, e o grande mérito da secretaria é fazer o monitoramento, vale salientar que existem cláusulas no contrato que penalizam e que até podem afastar a OSS, uma vez que ela não cumpre as metas [...]”. (E7)

Alcoforado<sup>11</sup> chama a atenção quanto aos três passos para a contratualização: a negociação, que se inicia com a intenção de contratar o serviço, que vai desde a identificação dos indicadores de desempenho até a respectiva orçamentação; a construção do instrumento, no qual se formaliza tudo que foi negociado, aperfeiçoando e aferindo todos os pontos acordados; e o gerenciamento, sendo este último permanente, pois compreende todas as atividades de supervisão e monitoramento posterior da entidade, previamente submetida a processos regulatórios.

Um dos pontos mais conflitantes desse processo, e objeto de crítica, é a ausência de procedimentos regulatórios prévios – que deveriam ser realizados anteriormente à elaboração do contrato de gestão com as OSSs por parte de diversos órgãos públicos no Estado. Dentre esses, se destacam os processos de governança do SUS e a necessidade da tomada de decisão colegiada nas comissões gestoras e nos órgãos de controle social. Observa-se que o primeiro passo nesse processo de transferência se refere à negociação e pactuação necessários desde os primeiros passos da introdução do modelo. Quanto a isso, há divergências explícitas nas seguintes falas do grupo focal:

“[...] As ações do estado, no qual se fez a transferência da gestão para OSS, foi por cima dos municípios, sem conversar com o município, só fez abrir o processo, porque havia uma ansiedade, a gente vinha pedindo pra resolver o problema na maior oferta de serviços, e o estado resolveu da forma que quis, fez o que quis, independente de ter conversado com a gente [...]”. (GF)

“[...] Nós não tivemos a capacidade de sentar numa mesa de negociação de gestores e negociar aqui. Então os arranjos eles foram postos como possibilidades, possibilidades interessantes, mas colocadas como uma decisão unilateral da gestão do Estado. Isso não pode ser regra. Tudo deve ser bem discutido pelos foros de pactuação [...]”. (GF)

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

Segundo Leite<sup>12</sup>, em Pernambuco, nos contratos de gestão firmados entre a administração pública e as organizações sociais de saúde, verifica-se a existência de cláusulas que estabelecem metas pouco ambiciosas, a exemplo do simples envio de relatório para o cumprimento de determinada meta. Contudo, em 2013, o Governo de Pernambuco publicou a Lei Estadual nº 15.210, a qual ampliou consideravelmente cláusulas essenciais dos contratos firmados com OSS. Um exemplo disso foi que a Secretaria Estadual de Saúde passou a exigir o envio mensal de todas as notas fiscais relacionadas aos recursos repassados por meio do contrato de gestão, assim como a exigência de CNPJ próprio para cada unidade de saúde administrada pela OSS mantenedora, ou seja, não é mais aceitável que a OSS realize contratações ou pagamentos com o CNPJ da mantenedora.

No caso de órgãos de controle externo, tem evoluído a prestação de contas a partir da garantia de acesso aos dados técnicos e financeiros, seja pelo site da Secretaria de Saúde do Estado ou por solicitação, contribuindo para a redução na assimetria de informação, mediante a publicização do comparativo de metas e resultados, contido, inclusive, no relatório de execução<sup>12</sup>.

Portanto, Violin<sup>13</sup> destaca que o processo de fiscalização das OSSs ainda tem percalços, como a dificuldade de acesso às informações por parte dos órgãos de controle externo, como os Tribunais de Contas, e, mesmo, internamente pelos órgãos de Controle Social do SUS. Esse autor afirma que, por serem as OSSs entidades que recebem recursos públicos, devem garantir transparência e acesso irrestrito e sem burocracia a qualquer informação solicitada de forma ágil.

O que fica mais evidente é a mudança na estrutura organizacional da administração pública, com o gestor público estadual optando por uma função cada vez mais voltada à regulação e uma nova forma de executar os serviços seguindo diretrizes contidas nos PDRAE e nos documentos congêneres da SARE-PE aprovados ainda na década de 1990. Assim, é importante destacar uma percepção divergente dos gestores públicos municipais, quando não consideram o modelo de gestão por OSSs como única via para a efetividade da ação pública, mas como uma alternativa do Estado em fazer escolhas diante das diversas situações estratégicas na saúde.

### **Influências, decisões e questionamentos quanto à implementação das Organizações Sociais em Saúde**

A análise de documentos oficiais aponta que o processo de aprovação do projeto de reforma do aparelho estatal em Pernambuco teve início ainda no governo Jarbas Vasconcelos, em 1999, a partir da premissa de que não havia recursos financeiros suficientes para atender à expansão de serviços dentro dos padrões de gestão tradicional. Assim, seria necessário fomentar o desenvolvimento de redes hospitalares públicas não estatais, objetivando criar entidades com capacidade de gestão e execução, que pudessem vir a assumir a assistência à saúde, mediante contratualização da prestação dos serviços<sup>14</sup>.

Entretanto, a operacionalização desse processo só começou a entrar efetivamente na agenda partir de 2006, quando o então candidato Eduardo Campos, em seu programa de governo, apontou que um novo modelo de gestão precisava ser construído, orientado por três eixos: o da organização gerencial, o da democratização da relação com servidores públicos, e o do sistema de controle das funções estatais. Nesse contexto é que, apenas em 2009, o Governo do Estado define como prioridade a transferência da gestão de novas unidades hospitalares às OSSs<sup>14</sup>.

Assim, o modelo de gestão baseado na execução de serviços por OSSs no SUS em Pernambuco é baseado na qualificação de entidades filantrópicas com objetivo de expandir a oferta de serviços

e garantir melhores resultados no SUS. Aqui se evidencia uma mudança no discurso no tocante à primeira geração de reformas de natureza gerencialista. Diretrizes restritivas e redução do gasto público na saúde não aparecem como motivo para o gestor público adotar o modelo. Já que a gestão estadual do SUS tinha como principais objetivos dar rapidez à operacionalização dos novos hospitais, com a ampliação do número de equipamentos e serviços oferecidos à população. Essa visão fica mais clara no depoimento abaixo, coerente com as medidas de segunda geração contidas no PDRAE<sup>3</sup>, enfatizando que, mesmo com essa delegação de serviços pelo Estado, o equipamento não deixa de ser responsabilidade do Estado:

“[...] Se entendeu que para as novas unidades seria interessante o modelo de Organizações Sociais, porque pra nossa opinião ele mantinha toda uma estrutura pública, o serviço como público, apenas você incorporava um prestador, uma OSS que faria esta prestação de serviços, e integrado à rede já existente [...]”. (E3)

A influência externa e a experiência em outros governos foram salientadas com ênfase pelos gestores estaduais para priorizar o modelo de gestão por OSSs:

“[...] Nós nos espelhamos em algumas experiências internacionais, como na Espanha. Além disso, implantamos um modelo que já funcionava no Sul do país, principalmente em São Paulo, no Paraná, em Minas Gerais, e nós enfrentamos questões políticas, corporativas, mas tivemos maturidade para enfrentar essa questão [...]”. (E2)

A opção por esse modelo de gestão foi referenciada como resultado, sobretudo, da história pregressa de prestação de serviços de algumas OSSs no Estado, já que algumas delas já atuavam como entidades filantrópicas em caráter complementar ao SUS.

“[...] No nosso caso aqui em Pernambuco a maior parte das entidades é 100% SUS e algumas têm um pequeno percentual de atendimento fora do SUS. São unidades que têm história, mais de 150 anos, unidades como o IMIP, Fundação Manoel de Almeida que opera o hospital Maria Lucinda, o hospital Tricentenário. São unidades que já tinham grande experiência de décadas de SUS [...]”. (E3)

A partir da opção pelas OSSs para execução dos serviços no modelo de gestão, um dos principais questionamentos diz respeito à possibilidade de privatização das unidades estatais. Esse tem sido um dos fatores de resistência explícita ao modelo, pelos atores políticos do SUS, nos espaços de decisão colegiada.

Segundo Bresser<sup>15</sup>, o repasse dos serviços para as OSSs não se configura como um processo de privatização, mas de publicização, ou seja, a transferência da gestão de bens e serviços públicos a cargo de entidades autárquicas e fundacionais. O conceito em si difere de uma privatização, que seria a venda de ativos públicos que não devem mais permanecer no setor público. Esse entendimento é colocado pelo gestor estadual:

“[...] Nós nunca permitimos que a gestão do sistema ficasse na mão de uma OSS, e nunca privatizamos nada. Todo o patrimônio das UPAs, dos hospitais, é público. Privatizar é quando um patrimônio que é público passa a ser de outro alguém, e isso não aconteceu aqui. Patrimônio no sentido permanente é público. Além disso, todas essas unidades atendem 100% ao SUS [...]”. (E6)

Contudo, Di Pietro<sup>16</sup> discute que uma entidade não estatal, ao exercer as atividades antes exercidas diretamente pelo Estado, nada mais é do que uma forma de orientar os processos de reforma por diretrizes do mercado. Ou seja, para esse autor é uma forma de privatização em sentido amplo. Essa é uma das razões para observação de divergências de opinião entre os gestores do SUS no estado de

Pernambuco. Para gestores municipais, a saúde é dever do Estado, que não pode se afastar de suas funções, atribuindo-as a terceiros.

“[...] Eu sou ideologicamente contrária. Eu acho que o SUS tem todas as condições que a gente precisa. Eu quero falar que não precisa de OS, a gente precisa é de dinheiro, qualificação e menos burocracia para que se possa fazer a própria gestão [...]”. (GF)

Além disso, gestores municipais avaliam que a transferência para OSSs, de alguma maneira, desmoraliza o papel do gestor do SUS, já que denotaria, de sua parte, uma falta de competência para gerir um serviço de sua responsabilidade, motivo pelo qual ele é repassado para um novo prestador privado.

“[...] Acho que o serviço continua público sim, porque foi construído com recursos públicos, então ele é público. Agora o que é revoltante é que na hora que eu ponho a unidade na OSS eu tô dizendo que eu não tenho competência administrativa gerencial para fazer meu próprio atendimento [...]”. (GF)

Outro dado que chama a atenção nos relatos dos gestores municipais é que, embora defendam a gestão dos serviços direta pela administração estadual, há uma constatação das dificuldades impostas com o limite prudencial da Lei de Responsabilidade Fiscal, que facilita a opção por esses novos arranjos jurídicos.

“[...] A gente tem uma coisa muito ruim no serviço público que é o limite prudencial, que impede que o gestor faça mais alguma coisa, e aí porque às vezes eu sou obrigada terceirizar algo porque eu não tenho condições de contratar, não é porque eu não tenho dinheiro, mas meu limite de prudência não deixa [...]”. (GF)

“[...] Para você continuar garantindo a assistência, você tem que ampliar serviços. E, se você quiser ampliar qualquer coisa, a lei diz logo, pare se não você vai pagar uma multa, porque ultrapassou o limite prudencial [...]”. (GF)

O limite prudencial estabelece um teto para pagamento de funcionários públicos, sendo muito criticado pelos gestores do SUS. Em 2012, a despesa com pessoal, em Pernambuco, já somava 56,26% da receita corrente líquida, quando o limite autorizado é 60%, para o cumprimento da meta fiscal<sup>17</sup>.

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

Fica claro, portanto, que existem diferenças de visão dos gestores sobre o processo de adoção do novo modelo de gestão baseado em OSSs em Pernambuco. Os gestores estaduais defendem o modelo de gestão como forma de expandir a prestação de serviços públicos. Enquanto, para os gestores municipais abordados no estudo, a autoridade sanitária estadual deveria se fortalecer para atuar na execução direta dos seus próprios serviços.

Assim, a rápida expansão de serviços públicos de saúde no SUS, sob responsabilidade direta do gestor estadual, especialmente os novos serviços de média e alta complexidade, de acordo com o novo modelo de gestão, são transferidos para OSSs num ambiente de conflitos e resistência. Dentre as justificativas para agilização desse processo por parte da Secretaria Estadual de Saúde, está a necessidade de ampliação do acesso, enfrentando, assim, problemas de saúde que perpassam pelo social.

De outro lado, visões distintas evidenciadas, por parte de gestores municipais, enfatizam que a forma como esse processo vem se dando está mais relacionada à vontade política em priorizar tal modelo, em detrimento do modelo tradicional da administração pública. Essa situação observada em Pernambuco pode ser a razão pela qual a implantação do modelo enfrentou significativo atraso pela divergência aqui evidenciada.

## Eficiência e autonomia gerencial e os resultados

As OSSs estão submetidas a incentivos e estímulos do mercado na administração dos serviços públicos. Tais características possibilitam maior agilidade à gestão, comparativamente à administração estatal tradicional, sobretudo quanto às amarras e burocráticas, contribuindo para a ampliação da capacidade de resposta rápida da organização às demandas em saúde<sup>18</sup>.

Na percepção dos gestores, a capacidade de agilizar os processos e a flexibilização na administração dos serviços permitem uma melhor alocação de tempo e atenção a uma agenda de prioridades.

“[...] Foi um modelo que está dando certo, e apesar de inovador, já conseguiu um espaço de reconhecimento da população, inclusive pela qualidade do serviço, agilidade no funcionamento, porque como é um modelo centrado no resultado, os resultados não são só de produção, são resultados de qualidade. Então hoje a gente tem o público com as regras do privado [...]”. (E7)

“[...] O papel das OS era muito claro: gerenciar essa unidade e atingir determinados resultados, trazendo agilidade. Nós chamamos o sistema privado naquilo que eles têm de melhor: eficiência. Nós chamamos eles pra fazerem isso, porque a gente não foi capaz de fazer isso, por muitos anos [...]”. (E6)

A agilidade, como citada nas entrevistas, está associada à flexibilização de alguns controles típicos da administração pública. No caso das compras, por exemplo, previu-se um regime diferenciado na realização de licitação, podendo a OSS criar um procedimento próprio adaptado à natureza dos serviços que presta. Entretanto, de acordo com a própria lógica da gestão por resultados essa forma de gerir deve ser complementada pela exigência do cumprimento de metas pactuadas por meio da contratualização<sup>19</sup>. Segundo Ibanez et al.<sup>20</sup>, isso configura um processo de ‘responsabilização pelo controle de resultados’. Porém, com potencial fragilização do controle de processos pelo modelo em si.

No que se refere à gestão de Recursos Humanos, sabe-se que, nas unidades da administração direta e indireta, os limites institucionais para execução das ações de saúde por unidades próprias estão relacionados ao condicionamento estabelecido por instrumentos que regulam os gastos públicos, que incluem tetos para gastos com pessoal, além de uma legislação que define a forma de ingresso e permanência no serviço público<sup>2</sup>.

“[...] O quadro de recursos humanos do Estado de Pernambuco não iria comportar naquela época a administração de todas essas unidades, então a questão de recursos humanos foi mais um fator que contribuiu para a adoção desse modelo [...]”. (E8)

“[...] A facilidade de contratação na OSS, ancorada principalmente em análise de currículo e entrevistas para identificação do perfil do candidato, é um fator de qualidade pra os serviços, como também elimina qualquer risco de interrupção na continuidade da assistência. Além do que todos os admitidos na organização têm seus vínculos de trabalho ordenados segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) [...]”. (E4)

Segundo Rinne<sup>21</sup>, o modelo gerencial adotado exige o Estado quanto à classificação dos gastos públicos com pagamento de recursos humanos, tendo em vista que, ao delegar a função de administração a outro ator, a despesa deixa de ser classificada como despesa especificamente com recursos humanos. Isso contrasta com a situação dos órgãos da administração pública estatal e paraestatal, que devem obedecer aos tetos para gastos com pessoal, além de uma legislação que define a forma de ingresso e permanência no serviço público. Ademais, as formas de contratação via concurso público, muitas vezes, dependem de autorização da área econômica dos governos.

Pontes Filho<sup>22</sup> coloca em dúvida se as OSSs são exemplos de boa e moderna administração e com instrumentos mais ágeis de satisfação dos interesses públicos. Justifica sua posição porque a elas não se impõem as mesmas restrições das entidades da Administração Pública. Esse ponto é destacado na visão

de gestores municipais, pois, a partir do momento em que a rede de saúde cresceu, com as limitações do poder público, isso facilitou a adesão do modelo de OSS.

“[...] Lá atrás ninguém pensou que a rede ia crescer e a ampliação foi imensa, mas nunca se pensou numa política de recursos humanos, nem de financiamento, que pudesse dar conta desse crescimento. Acho que essas são as principais deficiências da administração pública, levando a recorrer a novos arranjos [...]”. (E11)

Sob a ótica dos gestores, a criação de novas figuras jurídicas no âmbito da administração pública, como as OSSs, tem sido justificada, sobretudo, pelos argumentos elencados; e, dentre eles, a falta de autonomia administrativa das organizações estatais, quando se consideram peculiaridades do setor saúde. Daí a opção por esse novo modelo está em franca expansão, ainda que de forma conflituosa, dentro do SUS no Estado.

### Considerações finais

Os gestores estaduais se mostram mais favoráveis e defensores do modelo de gestão baseado na transferência da administração dos serviços para as OSSs; enquanto o discurso dos gestores municipais apresenta vários aspectos críticos. Essas críticas estão relacionadas tanto ao processo de implementação, como ao modelo de gestão em si. Essas divergências de opiniões justificam os conflitos observados nos espaços de governança do SUS no Estado e, provavelmente, dificuldades na sua implementação.

O estudo aponta, ainda, a necessidade de se fortalecerem as instâncias colegiadas, aprimorando o controle social, como, também, os mecanismos de diálogo entre os gestores estaduais e municipais, pois, no caso específico das OSSs, a introdução desse novo arranjo resulta em implicações políticas e econômicas para o Estado, sendo relevante que essa discussão envolva todos os atores que fazem parte da governança do SUS. O modelo carece de uma sofisticada capacidade de regular a ação de novos agentes econômicos, com inúmeras possibilidades e reforço à assimetria de informação e potencial descontrole de processos.

Ao que parece, apesar dos processos de resistência e divergência de opinião, de acordo com o locus de gestão do SUS, há evidências, elementos estruturais e aspectos centrais da Reforma do Estado que induzem a adoção desse modelo, sobretudo, quanto às diretrizes consubstanciadas em leis que impõem limites para a administração direta dos serviços de saúde no SUS

### Colaboradores

Hélder Pacheco, Garibaldi Gurgel e Francisco Santos participaram em todas as etapas de produção do manuscrito. Simone Cristina responsabilizou-se pela elaboração do artigo e da revisão crítica do conteúdo intelectual, e Eliane Leal responsabilizou-se pela revisão final.

## Referências

1. Souza C, Carvalho I. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. *Lua Nova*. 1999; 48(3):187-212.
2. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2483-95.
3. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Dispõe sobre os avanços da reforma na administração pública. Brasília (DF): Mare; 1998.
4. Carneiro JRN, Elias PE. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. *Rev Admin Publ*. 2003; 37(2):201-26.
5. Lei 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1998 [acesso 2013 Out 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm)
6. Decreto 23.046, de 19 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a qualificação e funcionamento das organizações sociais [Internet]. Recife? Agência de Regulação de Pernambuco; 2001 [acesso 2013 Out 14 ]. Disponível em: <http://www.arpe.pe.gov.br/downloadDoc.php?d...f=108.pdf>
7. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Unidades e serviços da Secretaria de Saúde [Internet]. Recife: Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco [acesso 2014 Dez 4 ]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-servicos>
8. Gomes MHA, Martin D, Silveira C. Comentários pertinentes sobre uso de metodologias qualitativas em saúde coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(50):469-77.
9. Kvale S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage; 1996.
10. Secchi L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Rev Admin Publ*. 2009; 4(2):347-69.
11. Alcoforado FCG. Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais. In: *Anais do 10o Congresso Internacional del Clad sobre La Reforma del Estado y de la Administración Pública*; 2013; Santiago, Chile. Santiago; 2013 [acesso 2013 Nov 14]. Disponível em: [http://www.bresserpereira.org.br/ver\\_file\\_3.asp?id=2084](http://www.bresserpereira.org.br/ver_file_3.asp?id=2084)
12. Leite AMGN. Organizações sociais de saúde e controle externo: uma análise a partir do Tribunal de Contas de Pernambuco [dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
13. Violin TC. Da administração pública patrimonialista à administração pública gerencial e a burocracia. *Rev Adm Const*. 2007; 7(30):225-47.
14. Melo PHPG. Organizações sociais em Pernambuco: o desenho institucional de controle externo sobre os contratos de gestão [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Getúlio Vargas; 2012.
15. Bresser PLC. O modelo estrutural de gerência pública. *Rev Admin Publ*. 2008; 42(2):391-410.
16. Di Pietro MSZ. *Direito administrativo*. 17a ed. São Paulo: Atlas; 2004.
17. Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. Saúde. Relatório de contas do Governo. Divisão de contas dos poderes estaduais [Internet]. Recife; 2012 [acesso 2012 Dez 4 ]. Disponível em: <http://www.tce.pe.gov.br/internet/index.php/2012contas/finish/93-2012/574-gestao-fiscal-2012>
18. Tibério AA, Souza EM, Sarti FM. Considerações sobre avaliação de estabelecimentos de saúde sob gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú. *Saude Soc*. 2010; 19(1):557-68.

19. Pahim MLL. Organizações sociais de saúde do Estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.
20. Ibañez N, Bittar OJN, Sã ENC, Yamamoto EK, Almeida MF, Castro CGJ, et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(2):391-404.
21. Rinne J. Mejorando el desempeño del sector salud en Brasil: comparación entre distintos modelos de hospitales. *Rev Clad Ref Democr*. 2007; 37(1):101-40.
22. Pontes Filho V. O estado brasileiro, sua atuação e seu dever constitucional. *Rev Trim Dir Publ*. 2002:341-415.

Pacheco HF, Gurgel Júnior GD, Santos FAS, Ferreira SCC, Leal EMM. Las organizaciones sociales como modelo de gestión de la asistencia sanitaria en Pernambuco, Brasil: percepciones de los gestores. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):585-95.

El estudio analiza la percepción de los funcionarios públicos sobre la aprobación del modelo de gestión en la atención de salud basado en la transferencia de las responsabilidades de gestión hacia las organizaciones sociales. Utilizamos un enfoque cualitativo multi-método, utilizando en la investigación una serie de entrevistas semi-estructuradas con los gestores públicos del Estado que llevan a cabo grupos de discusión con los niveles municipales, en el estado de Pernambuco. Otra técnica utilizada fue el análisis de datos documentales. Los resultados muestran diferencias en la percepción de los directivos en relación con la regulación estatal de estas organizaciones, así como desacuerdos políticos sobre el propio modelo. Se concluye que hay diferentes puntos de vista con respecto al modelo de gestión adoptado en conformidad con la posición ocupada por el gestor público en el Sistema Único de Salud en el Estado.

*Palabras clave:* Organizaciones de Salud. Gestores en salud. Política de Salud y Gestión de la Salud.

Recebido em 18/05/15. Aprovado em 23/11/15.

