

Mariana Oliveira Veras

Parceria público-privada na saúde: análise dos hospitais públicos geridos por organizações sociais

GOIÂNIA - GO

2018



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA – FCT
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
PROFIAP**



MARIANA OLIVEIRA VERAS

**Parceria público-privada na saúde: análise dos hospitais públicos
geridos por organizações sociais**

GOIÂNIA - GO

2018

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

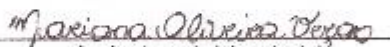
Nome completo do autor: Mariana Oliveira Veras

Título do trabalho: Parceria público-privada na saúde: análise dos hospitais públicos geridos por organizações sociais.


3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 27/03/2018

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Causas de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Versão atualizada em setembro de 2017.

² A assinatura deve ser escaneada.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA – FCT
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
PROFIAP



MARIANA OLIVEIRA VERAS

Parceria público-privada na saúde: análise dos hospitais públicos geridos por organizações sociais

Linha de Pesquisa

Administração Pública: políticas públicas, formulação e gestão.

Orientador

Prof(a). Dra. Cláudia Regina Rosal Carvalho

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública - PROFIAP da Universidade Federal de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

GOIÂNIA - GO

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Veras, Mariana Oliveira
Parceria público-privada na saúde: análise dos hospitais públicos geridos por organizações sociais. [manuscrito] / Mariana Oliveira Veras. - 2018.
LXXIII, 73 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Cláudia Regina Rosal Carvalho.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Campus Aparecida de Goiânia, Programa de Pós-Graduação em Administração Pública em Rede Nacional, Goiânia, 2018.

Bibliografia.

Inclui siglas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Organização social de saúde. 2. Hospital. 3. Qualidade. 4. Goiás. I. Carvalho, Cláudia Regina Rosal, orient. II. Título.

CDU 005

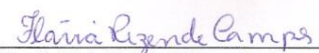


ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ao vinte e três dias do mês de março de 2018, às 10:00 horas, na Sala 16 da Faculdade de Ciências e Tecnologia – CAP da Universidade Federal de Goiás, realizou-se em sessão pública, a Defesa da Dissertação intitulada "PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE: ANÁLISE DOS HOSPITAIS PÚBLICOS GERIDOS POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS", de autoria de **MARIANA OLIVEIRA VERAS**, mestrando(a) do Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública - PROFIAPI. A Banca Examinadora foi constituída pelos professores: Dr^a. **Cláudia Regina Rosal Carvalho** (Orientadora), Dr^a. Dr^a. **Alethéia Ferreira da Cruz** (Examinadora Interna, UFG/PROFIAP) e Dr^a. **Flávia Rezende Campos** (Examinadora Externa, FACE/UFG), presidida pela primeira. Após apresentar o trabalho por cerca de 20 (vinte) minutos, o(a) mestrando(a) foi arguido(a) oralmente pelos membros da Banca. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, o(a) mestrando(a) foi Aprovada pela Banca Examinadora. Foi concedido um prazo de (10) dias, para o(a) mestrando(a) efetuar as correções solicitadas pela Banca Examinadora. E, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Banca.


Prof^a. Dr^a. **Cláudia Regina Rosal Carvalho**
(Orientadora)


Prof^a. Dr^a. **Alethéia Ferreira da Cruz**
(Examinadora Interna)


Prof^a. Dr^a. **Flávia Rezende Campos**
(Examinadora Externa - FACE/UFG)

Dedico primeiramente este trabalho a Deus, que é tudo na minha vida, e também à minha família, que é o presente valioso que Deus me deu.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus. Em todo o tempo esteve ao meu lado, dando-me força, ânimo e disposição nas horas que o fôlego parecia faltar.

Ao meu pai, Darci, e à minha mãe, Luiza, ofereço toda a minha gratidão. Vocês fazem parte desta conquista, afinal vocês tornaram a jornada mais leve. O apoio e a compreensão de vocês foram fundamentais.

À minha irmã Lilian agradeço a força, os ouvidos para escutar as queixas e a compreensão por estar menos presente.

À professora Cláudia, minha orientadora, agradeço a compreensão, paciência e disposição em todo o tempo. Agradeço também a todos os professores do Programa Profiap que, de alguma forma, contribuíram para o aperfeiçoamento do meu conhecimento neste mestrado.

Em ti me tenho apoiado desde o meu nascimento; do ventre materno tu me tiraste, tu és motivo para os meus louvores constantemente.

Sl. 71:6

RESUMO

A reforma administrativa que ocorreu nos anos 90 por meio do governo Fernando Henrique Cardoso trouxe uma série de mudanças no aparelho do Estado trazendo inclusive para essa estrutura a denominada organização social. Este é um tipo de entidade sem fins lucrativos que pode atuar em diversas áreas do contexto público, sendo uma delas a área da saúde. Este cenário instigou o presente trabalho, cujo propósito foi fazer um paralelo entre hospitais que antes eram administrados diretamente pelo Estado de Goiás e atualmente são geridos por organizações sociais de saúde. Fizeram parte desta pesquisa quatro hospitais que se encontram nesta situação. Para tanto, foram delimitadas seis variáveis de estudo, sendo elas: média de permanência, taxa de mortalidade, valor total, valor dos serviços hospitalares, número de internações e valor dos serviços profissionais. Os dados foram coletados do DATASUS e para sua análise foi realizado um teste de médias para avaliar se houve alterações significativas após a implantação da organização social de saúde nos hospitais examinados neste estudo. Constatou-se que as alterações significativas ficaram concentradas em torno dos valores. As variáveis número de internações e média de permanência não apresentaram alteração significativa em relação a nenhum hospital. Houve uma unidade de saúde que não apresentou mudanças significativas em relação a nenhuma variável. Considerando as disfunções percebidas neste estudo, foi apontada uma proposta de intervenção com o objetivo de indicar melhorias ao processo de fiscalização e acompanhamento realizado pelo poder público aos serviços de saúde prestados pelas organizações sociais. Sendo o enfoque dessa proposta direcionado ao aprimoramento da metodologia utilizada pela administração pública na avaliação do desempenho dessas entidades.

Palavras-chave: Organização Social de Saúde. Hospital. Qualidade. Goiás.

ABSTRACT

The administrative reform that took place in the 1990s through the Fernando Henrique Cardoso government brought a series of changes in the State apparatus, bringing even to this structure the so-called social organization. This is a type of non-profit entity that can act in several areas of the public context, one being the health area. This scenario instigated the present study, whose purpose was to make a parallel between hospitals that were previously administered directly by the State of Goiás and are currently managed by social health organizations. Four hospitals were in this situation. Therefore, six study variables were delimited, being: average of permanence, mortality rate, total value, value of hospital services, number of hospitalizations and value of professional services. The data were collected from DATASUS and for its analysis a means test was performed to evaluate if there were significant changes after the implantation of the social health organization in the hospitals examined in this study. It was found that the significant changes were concentrated around the values. The variables: number of hospitalizations and mean length of stay did not show a significant change in relation to any hospital. There was a health unit that did not present significant changes in relation to any variable. Considering the dysfunctions perceived in this study, it was pointed out a proposal of intervention with the objective of indicating improvements to the process of supervision and monitoring carried out by the public power to the health services provided by social organizations. The focus of this proposal is directed to the improvement of the methodology used by the public administration in the evaluation of the performance of these entities.

Keywords: Social health organization. Hospital. Quality. Goias.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Composição do Contrato de Gestão	33
Figura 2: O que deve ser verificado nos dados dos relatórios parciais	39
Figura 3: Etapas do sistema de avaliação.....	41
Figura 4 - Processo de verificação pela Secretaria da Saúde de Goiás dos serviços prestados pelas organizações sociais de saúde.	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Composição do Conselho de Administração – Lei n. 9.637/98	31
Tabela 2- Média, desvio padrão e p-valor das variáveis do hospital A quando dirigido pela administração direta (2008-2011) e quando dirigido pela organização social (2013-2016).....	53
Tabela 3 - Média, desvio padrão e p-valor das variáveis do hospital B quando dirigido pela administração direta (2008-2011) e quando dirigido pela organização social (2013-2016).....	54
Tabela 4 - Média, desvio padrão e p-valor das variáveis do hospital C quando dirigido pela administração direta (2008-2011) e quando dirigido pela organização social (2013-2016).....	55
Tabela 5 - Média, desvio padrão e p-valor das variáveis do hospital D quando dirigido pela administração direta (2008-2011) e quando dirigido pela organização social (2013-2016).....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Parâmetro para os indicadores de desempenho.....	37
Quadro 2 - Variáveis de estudo.....	49
Quadro 3 - Alterações significativas das variáveis dos hospitais	56
Quadro 4- Coordenações que compõem a Gerência de Fiscalização dos Contratos de Gestão.....	59

LISTA DE SIGLAS

PIB	Produto Interno Bruto
DASP	Departamento de Administração do Serviço Público
SEMOR	Secretaria de Modernização
PRND	Programa Nacional de Desburocratização
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
OS	Organização Social
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
SIPAGEH	Sistema de Indicadores Padronizados para a Gestão Hospitalar
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SGP	Secretaria de Gestão Pública
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
USP	Universidade de São Paulo
FGV	Fundação Getúlio Vargas

Sumário

1	INTRODUÇÃO	14
1.1.	Apresentação do tema	14
1.2.	Problema de pesquisa.....	15
1.3.	Objetivo geral	15
1.4.	Objetivos específicos	15
1.5.	Justificativa.....	16
1.6.	Estrutura da pesquisa	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1.	Experiências Internacionais de Reformas Administrativas Públicas	18
2.2.	Reformas Administrativas no Brasil	21
2.2.1.	O Estado e as organizações sociais: gestão descentralizada	26
2.3.	As Organizações Sociais na Saúde	31
2.3.1.	Legislação Aplicável às Organizações Sociais	31
2.3.2.	Contrato de Gestão: instrumento de regulação das ações das OS.....	32
2.3.3.	Avaliação do Desempenho das Organizações Sociais.....	34
2.4.	Revisão Empírica de Estudos sobre Organizações Sociais.....	41
3	METODOLOGIA	48
3.1.	Tipologia e Caracterização da Pesquisa	48
3.2.	Coleta de Dados e Amostra	48
3.3.	Tratamento dos dados	49
4	DIAGNÓSTICO.....	52
5	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	59
5.1.	Formação do grupo de trabalho	61
5.2.	Desenvolvimento do Painel.....	62
5.2.1.	Diagnóstico.....	62
5.2.2.	Definição de Prioridades.....	62
5.2.3.	Seleção dos Indicadores	63
5.3.	Aplicação do Painel.....	63
6	CONTRIBUIÇÃO SOCIAL e TECNOLÓGICA	68
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS.....	73

1 INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação do tema

Na década de 1990, a reforma gerencial implementada no Brasil trouxe mudanças na estrutura da administração pública brasileira. O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) foi o instrumento que serviu de base para esta reestruturação. O principal foco do governo era uma gestão pública mais eficiente. Para tanto, as medidas por ele adotadas caracterizavam-se pela administração descentralizada, controle dos serviços por meio de resultados e estabelecimento de parcerias com o setor privado (BRASIL, 1995).

Dentre essas parcerias, foi estabelecida uma nova estrutura denominada organização social (OS). Estas são definidas como entidades qualificadas a celebrarem contrato de gestão com o poder público, a fim de prestarem serviços que não são exclusivos do Estado. Tal estrutura foi regulamentada pela Lei n. 9637/98, a qual a caracteriza como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos – direcionada ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à saúde e à cultura.

Conforme proposto pelo Plano Diretor, o estabelecimento das organizações sociais na administração pública buscava viabilizar serviços mais eficientes. Outra característica apresentada por este plano era a flexibilização disponibilizada a essas entidades no que diz respeito à contratação de pessoal, à realização de compras e contratos, bem como à execução do orçamento na gestão dos serviços públicos (BRASIL, 1997b).

Logo após a publicação da lei 9637/98, algumas organizações sociais começaram a ser implementadas na administração pública. Neste estudo, o destaque foi dado ao estabelecimento destas entidades no contexto da saúde. Após quase 20 anos que estas foram introduzidas na administração pública brasileira, pesquisas têm sido realizadas a respeito da relação entre o público e o privado no que tange aos resultados apresentados e qual retorno a atuação das organizações sociais têm oferecido à sociedade (CARNEIRO JÚNIOR, 2003; BARBOSA; ELIAS, 2010; PEREIRA, 2014; TURINO et al, 2016).

O foco principal de tais estudos é averiguar se a relação entre o público e o privado trouxe melhorias para os serviços públicos de saúde. Dentro deste contexto, este estudo busca analisar se essa parceria trouxe benefícios para a gestão de quatro hospitais do Estado de Goiás que já foram administrados diretamente pelo poder público e que atualmente são dirigidos pelas organizações sociais.

1.2. Problema de pesquisa

A condução dos serviços públicos de saúde pelo setor privado gerou questionamentos a respeito dos benefícios desta parceria. As indagações sobre o assunto motivaram estudos, os quais apresentaram vantagens e desvantagens acerca da inserção das organizações sociais nos hospitais. Maior liberdade gerencial e financeira (ADRIANO et al, 2013); governança para o contexto dos hospitais públicos (QUINHÕES, 2008); flexibilidade para aquisição de bens e serviços (BARBOSA; ELIAS, 2010) foram apontados como melhorias. Por outro lado, houve pesquisas que mostraram problemas: limitações no acesso aos serviços de saúde (CARNEIRO JÚNIOR, 2002); gestão mais onerosa para o Estado (TURINO et al, 2016); dificuldades do poder público para monitorar e avaliar as metas estabelecidas no contrato de gestão (BARBOSA et al, 2015).

É a partir deste cenário de discussões sobre a inserção da figura privada na saúde pública que a presente pesquisa pretende responder à seguinte pergunta: Quando a gestão privada assume a condução dos trabalhos públicos de saúde, há melhorias nos serviços prestados?

1.3. Objetivo geral

Este estudo objetiva propor um roteiro para a construção do Painel de Resultados das Organizações Sociais que servirá de base para a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás desenvolver melhor acompanhamento, fiscalização e controle dos serviços prestados pelas entidades privadas que estão na gestão dos hospitais públicos.

1.4. Objetivos específicos

- Fazer comparativo entre o período anterior (2008-2011) e posterior (2013-2016) à implantação das organizações sociais de saúde nos hospitais analisados em relação às variáveis (custo, assistência e qualidade) selecionadas para este estudo;
- A partir dos dados encontrados, sugerir aperfeiçoamentos nos mecanismos de controle e fiscalização das organizações sociais de saúde;
- Propor melhorias a fim de que os serviços de saúde prestados à sociedade sejam eficientes no que diz respeito aos serviços hospitalares;

1.5. Justificativa

Atualmente, grande parte das unidades de saúde do Estado de Goiás são administradas pelas organizações sociais. A transferência da gestão dos hospitais públicos para estas entidades e seus possíveis retornos para a sociedade justificam a realização do presente estudo.

O tema saúde é relevante e fundamental na vida da sociedade, abordar a relação entre a parceria do poder público com as organizações sociais motivou a pesquisa a fim de ampliar o conhecimento sobre esta relação e propor melhorias para os serviços na área da saúde.

1.6. Estrutura da pesquisa

O presente estudo está organizado em sete capítulos. Além desta introdução, há o segundo capítulo, que compreende o referencial teórico, o qual contempla as reformas administrativas que aconteceram no Brasil, inclusive a reforma gerencial responsável pela origem das organizações sociais. Após descrever este contexto, são abordados aspectos que as compõem como a legislação, o contrato de gestão, bem como a avaliação de seu desempenho e, para finalizar, são apresentados estudos empíricos sobre o assunto.

Posteriormente, há o capítulo destinado à metodologia, o qual demonstra a estratégia delineada para se alcançar os objetivos da pesquisa. Em seguida, há o quarto capítulo, responsável pelo diagnóstico, o qual aponta e analisa os resultados encontrados neste estudo. O capítulo seguinte apresenta uma proposta de intervenção a partir dos dados que foram encontrados. O sexto capítulo compreende as contribuições sociais e tecnológicas. Finalmente, o sétimo capítulo, cujo conteúdo diz respeito às conclusões levantadas perante todo o processo que envolveu a pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentados os aspectos teóricos deste trabalho, os quais serão base para o desenvolvimento de toda a pesquisa.

2.1. Experiências Internacionais de Reformas Administrativas Públicas

Em 1929, momento em que houve a grande crise, que arruinou a economia americana e afetou diversas outras nações, tinha-se a seguinte visão: o Estado deveria intervir o mínimo possível na economia deixando, dessa forma, a responsabilidade para o mercado, cujas habilidades o qualificavam para se autorregular. Estas são características do chamado modelo liberal, o qual defendia que o Estado deveria exercer apenas funções típicas como segurança e recolhimento de tributos. Consequentemente, o afastamento do Estado gerou problemas sérios na economia. Foi neste contexto que Keynes apresentou a sua teoria, pronunciando a decadência do modelo vigente (MADUREIRA, 2011).

Keynes reavaliou o modelo corrente e propôs uma nova configuração à realidade caótica que se apresentava, sustentando a ideia da necessidade de um Estado mais presente. O papel deste deveria ser ampliado a fim de estimular o crescimento econômico, engendrar o bem-estar social, além de motivar a geração de empregos. Na visão de Keynes, a participação do Estado na economia era essencial (PAULA, 2005).

Em meados da década de 1930, surgiu o chamado Estado do bem-estar (*Welfare State*), que trouxe à administração pública o conceito de proteção social, atribuindo então ao Estado o papel de interventor, ou seja, era uma dinâmica que exigia deste maior participação no que diz respeito aos direitos sociais (NOGUEIRA, 2001). Matias-Pereira (2008) apresenta em seu texto três elementos primordiais para o aparecimento do Estado do bem-estar: a existência de excedentes econômicos suscetíveis de recondução do Estado para atender às necessidades sociais, o pensamento keynesiano e a centralização governamental durante a Segunda Guerra Mundial.

A grande característica deste estado social foi alargar o tamanho do aparelho do Estado e um dado que demonstra tal realidade foi o aumento expressivo da carga tributária. Enquanto no século XIX, no estado liberal, o montante de tributos

representava 7% do PIB, no século XX este valor passou a ser aproximadamente 40% nos países desenvolvidos (BRESSER-PEREIRA, 2017).

Grande parte dos governos não conseguiam mais custear seus déficits devido aos problemas fiscais gerados pelo aumento do Aparelho do Estado. A alta carga de tributos e a dificuldade de visualização pelos contribuintes de melhorias nos serviços públicos causaram inquietações e questionamentos (ABRUCIO, 1997).

A exigência de maior participação do Estado também gerou expansão potencial de custos com previdência social, saúde e educação, o que demandou da gestão pública a busca por mecanismos que diminuíssem a quantia de despesas e que, ao mesmo tempo, ampliasse a eficiência nos serviços públicos (BRESSER-PEREIRA, 2017). Frente a tamanha crise, o modelo weberiano conhecido por defender o profissionalismo, imparcialidade e eficiência no serviço público passou a ser qualificado como lento e ineficiente e já não amparava com tanta veemência as necessidades do Aparelho do Estado. Com o intuito de potencializar a eficiência do governo, os reformadores almejavam uma vasta transformação do modelo burocrático (ABRUCIO, 1997).

Este panorama apresentado, no qual havia um Estado repleto de obrigações e que ao mesmo tempo não tinha os recursos necessários para satisfazê-las gerou a necessidade de uma reforma, originando a partir de então a chamada reforma gerencial (BRESSER-PEREIRA, 2017). O gerencialismo foi inserido no serviço público em meio a um contexto de escassez de recursos, débil poder estatal e o forte pensamento que defendia a privatização no serviço público (ABRUCIO, 1997).

Assim como Keynes trouxe uma alternativa para os transtornos gerados pelo liberalismo, os neoliberais trouxeram uma resposta aos embaraços promovidos pelo keynesianismo (PAULA, 2005). A administração pública gerencial torna-se então essa proposta, conhecida também como nova administração pública, e que veio com o objetivo de estruturar o serviço público com bases na eficiência, eficácia e competitividade (SECCHI, 2009).

Em meados da década de 1980, principalmente no contexto dos Estados Unidos e do Reino Unido, os governos Ronald Reagan e Margareth Thatcher começaram a buscar um estreitamento na relação do setor público com o setor privado. Este cenário foi desencadeado pela tentativa de introduzir no setor público os conhecimentos gerenciais implantados no ambiente privado (PAULA, 2005).

A nova administração pública surgiu da junção de diversos fatores que aliados impulsionaram essa diferente perspectiva de gestão do Estado. Dentre estes elementos podem ser destacados: os movimentos neoconservadores baseados no pensamento neoliberal, o contexto de crise do Estado e os conceitos do movimento gerencialista (PAULA, 2005).

O pensamento neoliberal e o gerencialismo foram impulsionados por dois fatores: as escolas – que eram fundadas para difundir correntes de pensamento neoliberal – e os *think tanks*, os quais eram dedicados ao estudo do Estado, de políticas governamentais e questões relacionadas ao desenvolvimento econômico. Vários eram os centros de estudo que defendiam de alguma forma um estado menos interventor. Algumas dessas escolas até concordavam com a presença do Estado em determinadas situações; outras, com um caráter mais radical, presumiam que a intervenção estatal deveria ser a mínima possível (PAULA, 2005).

No final do século XX, a proposta de reforma gerencial na administração pública foi difundida para diversos países. Princípios como diminuição de custos e busca pelo melhor desempenho passaram a guiar a gestão pública e a fazer parte das políticas de Estado de várias nações do mundo. Ao fazer um estudo comparativo das reformas gerenciais ocorridas em diversos países a partir de 1990, Rezende (2008) constatou que tais reformas foram motivadas pela associação de fatores estruturais, compreendendo crise fiscal, globalização, ampliação da eficiência gerencial, democratização, déficit de desempenho.

Rezende (2008) ressalta que três foram os eixos norteadores que fundamentaram a reforma gerencial nos anos 1990: o estabelecimento do valor público, o incremento da capacidade de gestão e o aprimoramento do desempenho público. Dentro das políticas adotadas pela reforma gerencial, buscaram-se medidas de ajuste fiscal, a fim de atingir redução de gastos na administração pública bem como alcançar equilíbrio no orçamento. Para tal intenção, decisões como redução do funcionalismo público e privatizações foram tomadas e levadas a efeito.

A nova configuração que o Estado deveria adotar integrava as seguintes características: aperfeiçoamento dos mecanismos de controle burocrático e de delegação, descentralização das políticas públicas, concepção de novos modelos de regulação, flexibilidade na relação entre o público e o privado e mudança da cultura e dos valores burocráticos na gestão pública. Isto é, as instituições públicas deveriam ser redesenhadas e atualizadas para assumir o seu papel de acordo com as diretrizes

do gerencialismo. Acreditava-se que o bom andamento da reforma gerencial estava atrelado ao relacionamento eficiente entre Estado, mercado e sociedade civil no que diz respeito à coordenação das políticas públicas (REZENDE, 2008).

Rezende (2008) ainda aponta quais são as características que estruturam o gerencialismo: estabelecimento de ferramentas do mercado na administração pública, gestão voltada para resultados, descentralização, responsabilização e flexibilização de métodos, diferenciação entre os papéis de formulação e implementação de políticas públicas. Além desses fatores, foram apontados três eixos que participaram das reformas gerenciais:

[...] as reformas gerenciais combinaram transformações que se processaram em três eixos: a) mecanismos de participação social; b) transformações nos procedimentos, regras e controles burocráticos; c) mecanismos competitivos para o recrutamento de servidores públicos, para a gestão de políticas públicas e provisão de serviços públicos (REZENDE, 2008, p.129).

A minimização dos níveis hierárquicos, a maior flexibilização da gestão, a ampliação da autonomia dos gestores, a estrutura baseada na responsabilização dos administradores e a avaliação por resultados são atributos presentes no modelo gerencial. Apesar de serem características advindas do setor privado, elas deveriam ser adaptadas ao contexto público, uma vez que os objetivos da iniciativa pública são diferentes da privada. O primeiro almeja alcançar o interesse público; já o segundo, o lucro (CLAD, 1999).

O modelo gerencial foi passando por diversas mudanças e aperfeiçoamentos em sua implantação. No começo, ele era visto apenas como um instrumento utilizado para reduzir o papel do Estado. Após experimentar constantes processos de transformação, passou a defender conceitos como qualidade, descentralização e avaliação dos serviços públicos (ABRUCIO, 1997).

A reforma gerencial que se iniciou nos Estados Unidos e Reino Unido, estendeu-se para diversos outros países, chegando ao Brasil na década de 1990. Adiante, será realizado um histórico das reformas administrativas que aconteceram no contexto público brasileiro até chegar ao modelo da nova administração pública.

2.2. Reformas Administrativas no Brasil

No Brasil Colônia, o Estado era representado pelo rei e seus conselheiros, sendo o foco desta administração a arrecadação de tributos. Os cargos públicos pertenciam aos nobres; não havia diferenciação entre as esferas política e econômica; o bem público era visto como o patrimônio de alguns e não uma estrutura que estaria à disposição do interesse público. Pelo contrário, era algo a ser explorado que servia a interesses pessoais. Estas eram as características do modelo que reinava na época, chamado de patrimonialismo (PAULA, 2005).

Com a tentativa de provocar mudanças nesta forma de gestão, em 1938, no governo Vargas, foi criado o Departamento de Administração do Serviço Público (DASP). Este momento representou a inserção da burocracia weberiana no Brasil. O objetivo era realizar mudanças na estrutura política do país (PINHO, 1998). De acordo com Sano (2003), a proposta inicial da burocracia era o estabelecimento de um corpo funcional profissionalizado que seria rigoroso no cumprimento dos procedimentos determinados. O objetivo era evitar a arbitrariedade e a parcialidade no serviço público.

Foi a partir da criação do DASP que conceitos da burocracia clássica como centralização e hierarquia foram assentados no Brasil. Esta foi a primeira reforma administrativa no país e um dos seus objetivos mais importantes era resguardar o Estado da corrupção e do nepotismo, duas características marcantes do patrimonialismo. A proposta de controle hierárquico e a formalização dos procedimentos, embora tenha evitado a corrupção, de um lado, de outro gerou lentidão, aumento de custos e ineficiência (BRESSER-PEREIRA, 1996).

De acordo com Bresser-Pereira (1996), um dos grandes percalços encontrados na forma como a burocracia foi implantada no Brasil, diz respeito ao posicionamento oportunista do regime militar. Ao invés de estabelecer uma burocracia profissional no país, houve a contratação de administradores por meio das empresas estatais. O enfrentamento de trâmites em demasia para se conseguir algo no serviço público depreciou o termo burocracia, que passou a ser associado à ineficiência (SANO, 2003).

A necessidade de modificações estava ligada a uma política desenvolvimentista, em busca de um Estado moderno que ansiava pelo crescimento. Embora a proposta fosse plausível, Pinho (1998) narra a resistência do poder histórico do patrimonialismo. Por este motivo, a burocracia weberiana foi implantada de forma

distorcida. A reforma não alcançou de maneira satisfatória os objetivos pretendidos (PINHO, 1998).

Em 1967 houve uma nova proposta de reforma do aparelho do Estado. Foi instituído o Decreto-Lei 200, que almejava estabelecer estruturas paralelas à administração direta. A proposta era de que o aparelho do Estado tivesse uma formatação mais flexível, ou seja, ia de encontro à rigidez apresentada no contexto da administração pública (PINHO, 1998).

A partir deste decreto, deu-se o início à chamada reforma desenvolvimentista, a qual apresentava um traço descentralizador. As características principais desta reforma foram a diferenciação entre administração direta e indireta e a criação das fundações públicas que trouxeram uma nova realidade na estrutura da administração pública, possibilitando a contratação de empregados conforme as normas das empresas privadas (BRESSER-PEREIRA, 1996).

A proposta do Decreto-Lei 200 era de diminuir a rigidez burocrática, muitos até consideram que esta foi a primeira tentativa de administração gerencial no Brasil. Fatores como descentralização e flexibilidade administrativa foram considerados como pontos favoráveis da reforma (ABRUCIO, 1997). Uma das limitações encontradas neste cenário foi corroborar o clientelismo ao fazer contratações sem concurso público. Outro ponto negativo destacado foi ter deixado a administração direta de lado, de forma a ficar enfraquecida e sem investimentos, o que gerou um grande impasse que foi o conflito entre administração pública direta e indireta (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Pinho (1998) fez uma leitura da inserção da administração indireta na administração pública e constatou existir disparidade entre administração pública direta e administração pública indireta. Enquanto a administração direta apresentava um crescente processo de deterioração no que tange a estrutura, salários e qualificação, a administração indireta, nestes mesmos quesitos, estava bem mais desenvolvida.

Na década de 1970 houve uma nova tentativa de modernização da administração pública por meio da criação da Secretaria de Modernização (SEMOR). O objetivo era inserir novas técnicas de gestão principalmente na área de recursos humanos no âmbito federal. Ainda com o propósito de reformar a burocracia brasileira, nos anos 80 foi criado o Ministério da Desburocratização e o Programa Nacional de Desburocratização (PRND), que buscavam renovar as organizações do Estado,

promover descentralização da autoridade, descomplicar os processos administrativos e promover a eficiência. Mais adiante, em 1986, foi criada a Fundação Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). O objetivo era desenvolver, aprimorar e especializar os servidores públicos a fim de modernizar a administração pública (KLERING; PORSSE; GUADOGNIN, 2010).

Em meados dos anos 80, enquanto nos países desenvolvidos havia o declínio do Estado do Bem-Estar social, nos países emergentes encontrava-se a derrocada do Estado Desenvolvimentista. Enquanto em um o crescimento era em virtude do atendimento às demandas sociais, a necessidade de crescimento dos outros se devia à urgência de o Estado impulsionar o crescimento econômico (PINHO, 1998).

Outro momento que pode ser destacado como reforma na administração pública brasileira foi a Constituição de 1988. Bresser-Pereira (1996) fez uma crítica à burocracia extrema representada pela centralização, hierarquia e rigidez implementada pela Carta Magna. Para o autor, este foi um momento de retrocesso. A resistência ao clientelismo que há anos dominava o país, induziu os legisladores a fomentar o engessamento do aparelho do Estado, como a estabilidade ofertada a todos os servidores públicos. Por causa desta regressão, a despesa da máquina administrativa com gastos de pessoal tornou-se alta (BRASIL, 1995).

Em meados da década de 1990, o Brasil se viu em meio à crise. Essa instabilidade não foi apenas no aspecto fiscal, foi também no modo de intervenção do Estado, na forma burocrática de administração do Estado, como também no contexto político. Neste quadro, havia crise de legitimidade vivenciada no regime militar, depois houve dificuldade de adaptação ao regime democrático e, por fim, o *impeachment* de Collor, apresentando uma crise moral no país (BRESSER-PEREIRA, 1998).

No que diz respeito à questão fiscal, houve perda de crédito público. A crise representada pela forma burocrática de administrar o Estado mostrou-se forte após a Constituição de 1988. Antes desta época, porém, o modelo burocrático já mostrava suas limitações como, por exemplo, a dificuldade em eliminar as práticas patrimonialistas da administração (BRESSER-PEREIRA, 1998).

A reforma gerencial chegou ao Brasil com visão inovadora na forma de gerir o Estado por meio do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), a qual foi encabeçada pelo Ministro Bresser-Pereira, em 1995, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. A reforma administrativa baseada na nova gestão pública tinha como objetivo trazer mudanças no que diz respeito a algumas disfunções

burocráticas como, por exemplo, o excesso de procedimentos que tinham como resultado a ineficiência. A intenção era o alcance de uma administração pública mais flexível (SANO; ABRUCIO, 2008).

Algumas perguntas foram base para a formulação do diagnóstico que fundamentou o PDRAE, são elas:

- (1) O Estado deve permanecer realizando as mesmas atividades? Algumas delas podem ser eliminadas? Ou devem ser transferidas da União para os Estados? Ou ainda devem ser transferidas para o setor público não-estatal?
- (2) Por outro lado, dadas as novas funções, antes reguladoras que executoras, deve o Estado criar novas instituições?
- (3) Para exercer as suas funções o Estado necessita do contingente de funcionários existente? A qualidade e a motivação dos servidores são satisfatórias? Dispõe-se de uma política de recursos humanos adequada?
- (4) As organizações públicas operam com qualidade e eficiência? Seus serviços estão voltados prioritariamente para o atendimento do cidadão, entendido como um cliente, ou estão mais orientados para o simples controle do próprio do Estado? (BRASIL, 1998, p. 24-25).

Ao fazerem um diagnóstico da administração pública brasileira, foram apontadas três dimensões a serem trabalhadas: (i) área institucional-legal, diz respeito às dificuldades encontradas na ordem legal que se tornam impedimento para uma melhor eficiência na administração pública; (ii) área cultural, que representa a simultaneidade de valores patrimonialistas, burocráticos e gerenciais na gestão pública e (iii) a dimensão gerencial (BRASIL, 1995).

No que diz respeito à dimensão institucional-legal foram propostas duas emendas à Constituição. A primeira se referia ao término da estabilidade dos servidores, buscando uma maior flexibilização desta e conseqüentemente maior autonomia de contratação pela administração pública. A outra emenda era direcionada à previdência – o intuito era acabar com os privilégios que havia no sistema previdenciário público. No que diz respeito à questão cultural, o maior desafio estava relacionado à mentalidade e à cultura patrimonialista e burocrática arraigadas na administração pública brasileira. Já a dimensão-gestão dizia respeito à reforma do aparelho em si, o que engloba mudanças e modernização na forma de gerir o Estado (BRASIL, 1995).

Com o intuito de melhorar a gestão pública, a reforma proposta pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) tinha como um de seus principais objetivos alcançar a eficiência no serviço público. Desta forma, a meta era minimizar custos por meio da desburocratização, bem como oferecer ao cidadão

serviços de qualidade. Uma das formas encontradas para ampliar a eficiência na gestão pública foi por meio da descentralização dos serviços, colocando o Estado em uma posição de regulamentador e fiscalizador, delegando a determinadas entidades atividades antes exercidas pelo poder público (BRASIL, 1997a).

Este modelo de gestão introduziu uma nova estrutura compondo a noção dos seguintes setores: o núcleo estratégico, atividades exclusivas de Estado, a produção de bens e serviços para o mercado e os serviços não exclusivos. O núcleo estratégico é aquele que define as políticas públicas, considerado propriedade estatal. As atividades exclusivas dizem respeito ao poder do Estado de legislar e tributar. O setor de produção de bens e serviços é formado pelas empresas estatais. Já os serviços não exclusivos são os serviços que o Estado provê, mas que não envolvem o exercício do poder extroverso do Estado, pois podem ser também oferecidos pelo setor privado e pelo setor público não-estatal. Este setor compreende os serviços de educação, saúde, culturais e de pesquisa científica (PAULA, 2005). O conceito deste tipo de serviço é apresentado da seguinte forma:

Serviços não-exclusivos correspondem ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado, mas este se faz presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem 'economias externas' relevantes, na medida que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços pela via do mercado. São exemplos desse setor as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus (BRASIL, 1997b, p.10).

De acordo com o PDRAE, no caso das atividades não exclusivas, a prioridade é dada à qualidade e ao custo dos serviços prestados. Por este motivo, adequa-se ao princípio da eficiência caracterizado pela busca da relação entre qualidade e custo dos serviços prestados. Com essa proposta de deslocar algumas áreas do setor público estatal para o não-estatal surgiram as chamadas organizações sociais (OS). No próximo tópico serão abordadas questões relativas à implantação das organizações sociais no contexto da administração pública.

2.2.1. O Estado e as organizações sociais: gestão descentralizada

De acordo com o PDRAE, as organizações sociais são entidades de direito privado, que obtêm autorização do poder legislativo por meio de iniciativa do poder

executivo para firmar contrato de gestão com o poder público a fim de prestar serviço à sociedade. A dificuldade encontrada pelo Estado em responder às crescentes necessidades da população impulsionou o incentivo à participação da sociedade em serviços públicos não-exclusivos do Estado (BRASIL, 1997b). O caderno produzido pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) sobre organizações sociais as conceitua da seguinte forma:

Organizações Sociais (OS) são um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público (BRASIL, 1997b, p.13).

As organizações sociais surgiram em um contexto no qual a administração pública se posicionou no sentido de descentralizar os serviços. A forma encontrada para este propósito foi a transferência de serviços públicos não exclusivos do Estado para o setor privado. Essa transferência também foi chamada de publicização dos serviços não exclusivos do Estado (BRASIL, 1997b).

A publicização é nada mais que o deslocamento da produção de serviços não-exclusivos do Estado como, por exemplo, atividades na área da saúde, educação e pesquisa para o setor público não-estatal, fomentando desta forma uma parceria entre Estado e sociedade. Neste contexto, o Estado deixa de ser o responsável direto na prestação dos serviços e passa a ser aquele que regula e provê as ferramentas necessárias para os que estão desempenhando a função (BRASIL, 1997b).

Não foi apenas uma nova forma de gestão caracterizada pelo setor privado no contexto público que foi inserida nos serviços de saúde, houve uma nova formatação na forma de administrar. A eficiência no serviço público almejada pela administração pública por meio do gerencialismo trouxe para o contexto da saúde aspectos diferenciados como, por exemplo, avaliação de desempenho de metas estabelecidas pelo poder público a serem alcançados pelas organizações sociais (BRASIL, 1997b).

Como o Estado passou de executor para fiscalizador dos serviços, as metas de desempenho passaram a ser instrumento de avaliação. Esta foi a forma que o poder público encontrou para acompanhar se o objetivo da política pública de saúde estava sendo alcançado (BRASIL, 1997b).

Várias são as discussões a respeito dessa nova formatação na administração pública efetivadas por meio das organizações sociais. Há os que acreditam que esta é uma forma vantajosa de administrar e há aqueles que veem essa postura da administração pública como uma privatização dos serviços de saúde. Aqueles que acreditam nos benefícios destacam algumas questões como, por exemplo, Ferreira Júnior (2003), que discute os entraves encontrados pela administração pública ao lidar com realidades do dia a dia como, por exemplo, o conserto de um telhado até à contratação de um novo funcionário. De acordo com o autor, a burocracia vivenciada na administração pública muitas vezes bloqueia uma melhor gestão devido aos obstáculos impostos por questões legais.

Por este motivo, uma das vantagens apontada pela formatação da organização social é a contratação de pessoal conforme o mercado, liberdade para realizar compras e contratos e maior flexibilidade para executar seu orçamento. A disposição da gestão de recursos humanos no contexto das OS é vista como vantajosa, pois promove maior autonomia e agilidade para selecionar, controlar, manter e desligar funcionários, situação que foi vista como um avanço na forma de administrar. A maior celeridade para a aquisição de bens e serviços também representa um ponto favorável às OS, já que elas não se sujeitam à Lei n. 8666, que dispõe sobre as licitações e contratos da administração pública (BRASIL, 1997b).

Outro fator apresentado como satisfatório é a maior autonomia administrativa que as organizações sociais possuem em relação ao serviço oferecido dentro do aparelho do Estado, em contrapartida, aos dirigentes de tais organizações é aplicada uma maior responsabilidade quando na gestão da instituição. O maior controle social também foi apontado como um dos aspectos positivos e importantes do estabelecimento das OS, isto porque os conselhos de administração devem ter representantes da sociedade (BRASIL, 1997b).

No que diz respeito à gestão orçamentária, as OS também apresentam maior liberdade, já que elas têm receita própria e por isso não se sujeitam às regras da execução orçamentária, financeira e contábil governamentais. Quanto à gestão organizacional, outro benefício está relacionado ao controle, que ocorre sobre os resultados e não sobre os processos (BRASIL, 1997b).

De acordo com Adriano et al (2013), o propósito da inserção das organizações sociais na saúde compreende o aperfeiçoamento dos serviços públicos e a desburocratização nos processos administrativos. Neste sentido, é um modelo que

viabiliza maior liberdade gerencial e financeira para as entidades. A ideia da política é que com menor burocracia e disponibilização de autonomia gerencial, as organizações sociais teriam maior possibilidade de oferecer serviços com maior eficiência e eficácia.

Carneiro Júnior (2002) indicou alguns pontos que foram levantados como motivo para que as organizações sociais fossem inseridas no contexto administrativo público. Dentre esses pontos podem ser destacadas a inoperância da administração pública, as influências políticas dos governos que se alternam e a lentidão nos atos administrativos.

A proposta de descentralização dos serviços não foi o único motivo de mudanças na realidade da saúde. Quinhões (2008) relata as limitações encontradas nos hospitais no que diz respeito à gestão. Entre essas limitações, são citadas as dificuldades na tomada de decisão, a falta de padronização nas atividades da organização, a centralização na alta direção, a ausência de ferramentas de planejamento, a gestão e controle, a insuficiência de monitoramento no que tange aos custos, à receita, quadro de funcionários e produtividade. Apesar dos esforços empreendidos nos últimos anos em busca de melhorias, modernização e alcance de resultados, ainda falta uma gestão permeada pela governança que abarque os objetivos do Estado e das políticas de saúde, bem como as necessidades da população e da gestão da saúde em si.

Quinhões (2008) destaca que a instituição das organizações sociais foi uma tentativa de trazer a governança para o contexto dos hospitais públicos e tentar contornar as dificuldades encontradas. Uma marca dessa nova forma de administração dos hospitais públicos foi desmembrar o papel do financiador do papel do prestador do serviço de saúde.

Ao fazer um estudo sobre as organizações sociais, Quinhões (2008) observou que um dos avanços apresentados nas contratações dessas entidades, no quesito governança, foi a introdução de instrumentos responsáveis por averiguar o desempenho, além da flexibilidade de gestão para lidar com os recursos materiais, financeiros e humanos. Outra questão foi que, em função de existir metas de desempenho a serem cumpridas, o gestor do hospital no contexto da OS precisa ter conhecimento e atributos necessários para gerir todos estes recursos de forma a alcançar os objetivos estabelecidos.

No que tange às desvantagens, os estudos apontam limitações das organizações sociais: a equidade no acesso ao serviço público bem como o controle por parte da sociedade em relação às organizações sociais nem sempre é satisfatório, ou seja, foi encontrada uma realidade contrária àquela que é apontada como vantagem da OS, cujo modelo teria como pressuposto uma maior participação social (CARNEIRO JÚNIOR, 2002).

Outra questão abordada diz respeito à dificuldade apresentada quanto à *accountability*, a qual diz respeito à transparência na prestação de contas, isto é, foram encontradas limitações no que tange ao controle financeiro por parte do Estado no que concerne à utilização de recursos pelas entidades (PAHIM, 2009; SANO, 2003; PEREIRA, 2014). Barbosa et al (2015) constataram entraves por parte do poder público para monitorar e avaliar as metas estabelecidas no contrato de gestão.

Um problema analisado por Pereira (2014) foi em relação ao controle concentrado exercido pela Secretaria de Saúde. A proposição de metas, indicadores de desempenho e critérios para repasse de recursos é altamente centralizada por tal secretaria. Assim, o processo requer a participação de outros autores que enriqueçam e contribuam para esta fase responsável por traçar objetivos relevantes a serem alcançados pela organização social.

Turino et al (2016) averiguaram que as verbas transferidas às organizações sociais, em alguns casos, foram maiores do que quando a unidade de saúde era gerida pela administração direta, o que indicou que a gestão ficou mais cara e não necessariamente tal mudança implicou na qualidade do acesso ao serviço público de saúde.

Por fim, há preocupação por parte daqueles que não são a favor da instituição das organizações de saúde no contexto público, principalmente no que tange à privatização da saúde. Outras questões apresentadas como possíveis limitações dizem respeito à precarização do trabalho (Druck, 2016), tendo como consequência a apresentação de alta rotatividade de pessoal (BARBOSA; ELIAS, 2010; ANDREAZZI; BRAVO, 2014); bem como a relação destas entidades com as indústrias da saúde, sendo esta uma forma encontrada para garantir o domínio destas indústrias ao atender a interesses corporativos (BORGES et al, 2012; ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Assim como apresentado acima, as organizações sociais são uma nova estrutura criada pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado que vêm compor um diferente momento da administração pública brasileira, a qual passa a ser

norteada pelo modelo gerencial. Logo à frente serão apresentados aspectos que dizem respeito a essa nova forma de gestão implementada, questões referentes à legislação, ao funcionamento e a pesquisas referentes ao assunto.

2.3. As Organizações Sociais na Saúde

2.3.1. Legislação Aplicável às Organizações Sociais

O governo federal estabeleceu legalmente o modelo das organizações sociais por meio da medida provisória n. 1591, de 26 de outubro de 1997. Posteriormente, esta medida provisória foi convertida na Lei n. 9673, de 1998, que as criou como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos – direcionadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à saúde e à cultura. Além de dispor sobre os requisitos necessários para que uma entidade privada seja qualificada como organização social, a Lei n. 9673/1998 dispõe sobre a composição do conselho da administração; o contrato de gestão, que é responsável pela regulamentação da parceria público-privada e, finalmente, sobre a possível desqualificação da instituição.

Dentre os diversos atributos que a entidade deve apresentar para se qualificar, podem ser destacadas a finalidade não-lucrativa e a obrigatoriedade de investir os excedentes financeiros na própria atividade. Outra questão relevante é que a natureza social da entidade deve ser pertinente à área de atuação. A composição do conselho de administração é configurada de acordo com a Tabela 1:

Tabela 1: Composição do Conselho de Administração – Lei n. 9.637/98

QUANTIDADE	MEMBROS
20% a 40%	- membros natos representantes do Poder Público, definidos pelo estatuto da entidade.
20% a 30%	- membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo estatuto.
Até 10%	- no caso de associação civil de membros eleitos dentre os membros ou associados.
10% a 30%	- membros eleitos pelos demais integrantes do conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral.

continuação

Até 10%	- membros indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo estatuto.
---------	---

Fonte: Tabela elaborada pela autora com base na lei n. 9.637/98

O Conselho de Administração, além das responsabilidades burocráticas que um Conselho exige, tem dois papéis de fundamental importância no processo de acompanhamento das organizações sociais: aprovar os relatórios gerenciais e de atividade das entidades, fiscalizar o cumprimento das metas, aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis, bem como as contas anuais da organização social (BRASIL, 1997b).

2.3.2. Contrato de Gestão: instrumento de regulação das ações das OS

O instrumento utilizado para regulamentar as ações das OS é o contrato de gestão. Nele estão as metas de desempenho estipuladas pelo governo, as quais deverão ser alcançadas pelas organizações sociais a fim de prestar ao público um serviço efetivo e com qualidade. Desta forma, o controle do Estado em relação às organizações sociais é feito sobre os resultados que são comparados às metas estipuladas no contrato de gestão (BRASIL, 1997b).

As metas de desempenho dizem respeito à atuação esperada das instituições. É por meio delas que se avalia o alcance real dos objetivos estratégicos e se verifica o desempenho das organizações. Para mensurar o atingimento de uma meta são estabelecidos os indicadores de desempenho. É por meio das metas estipuladas que serão desenvolvidos tais indicadores (BRASIL, 1997b). O desempenho é mensurado com o seguinte objetivo:

Seu propósito é contribuir ou reforçar o atingimento dos objetivos de políticas públicas, mediante o desenvolvimento de um programa de melhoria da gestão, com vistas a atingir uma superior qualidade do produto ou serviço prestado ao cidadão. Um contrato de gestão especifica metas (e respectivos indicadores), obrigações, responsabilidades, recursos, condicionantes, mecanismos de avaliação e penalidades (BRASIL, 1997b, p.36).

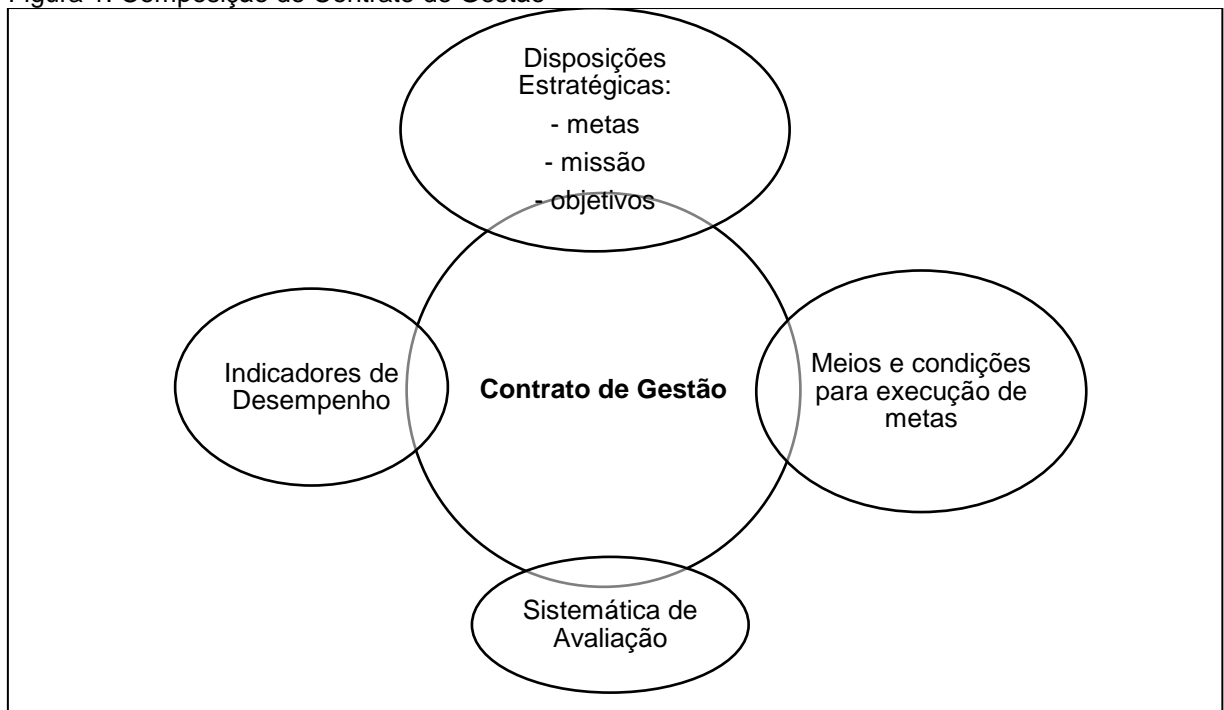
O contrato de gestão é um instrumento de implementação, acompanhamento e análise de políticas públicas pelo Estado. Ressalte-se que, para que os recursos sejam liberados pelo poder público à organização social, as metas devem ser

atingidas. Além disso, o contrato de gestão é importante para a entidade pública não-estatal, pois é uma ferramenta estratégica que guia a ação da organização, bem como pode apontar possíveis melhoras na gestão a fim de atender às políticas públicas (BRASIL, 1997b).

Por ser um instrumento de acompanhamento e avaliação do desempenho organizacional, o contrato de gestão deve ser público tanto para os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário como para a sociedade. Devido às mudanças que podem ocorrer durante o processo, o contrato de gestão deve ser flexível e dinâmico, já que ajustes precisam ser realizados (BRASIL, 1997b).

Uma das finalidades do contrato de gestão é alcançar os objetivos das políticas públicas implementadas. Ele se torna um mecanismo de gestão estratégica, já que estabelece metas que conduzem a ação organizacional bem como o aperfeiçoamento da gestão (BRASIL, 1997b). Os componentes que devem compor um contrato de gestão estão dispostos na figura 1:

Figura 1: Composição do Contrato de Gestão



Fonte: Elaborado pela autora conforme dados do Caderno 2 Mare (BRASIL, 1997b).

Existem fatores que obrigatoriamente deverão compor o contrato de gestão. Pela legislação em vigor, sendo eles: objeto (acordo entre o poder público e a

organização social), objetivo, metas, obrigações da contratada, obrigações do Estado, valor, acompanhamento e avaliação dos resultados, suspensão, rescisão, vigência e renovação, publicidade e controle social, desqualificação e penalidades (BRASIL, 1997b).

A formulação do contrato de gestão deve ser baseada nas políticas públicas e diretrizes do governo referentes àquele determinado campo de atuação. Deve haver por parte da instituição planejamento estratégico, bem como metas, respectivos indicadores de desempenho e os planos de ação. Ressalte-se que os indicadores devem ser avaliados quanto à sua eficácia e, caso haja alguma necessidade de mudança, o contrato de gestão pode ser modificado por termos aditivos ao contrato (BRASIL, 1997b).

Ao construir os resultados a serem alcançados, deve-se levar em conta três momentos fundamentais os quais são essenciais para se alcançar o produto desejado. O primeiro ponto está relacionado à negociação, situação na qual os indicadores de desempenho são levantados e as metas e os respectivos orçamentos são identificados. É nesta hora que as receitas e despesas serão abordadas e as obrigações delimitadas (ALCOFORADO; MORAES, 2008).

O segundo momento diz respeito à formalização do que foi negociado, o que implica a construção do contrato. É o contexto propício para análise do que foi acordado a fim de visualizar se falta algum ponto ou se existem aspectos que devem ser melhorados. Punições mediante descumprimentos do contrato, formas de fiscalização bem como prestação de contas devem ser concebidas nesta fase. Finalmente, a última etapa corresponde ao gerenciamento de todo este aparato formal, ou seja, é o estágio da fiscalização a ser realizada pelo poder público, que é o contratante, englobando supervisão, monitoramento e avaliação das metas que foram atingidas pela entidade (ALCOFORADO; MORAES, 2005).

2.3.3. Avaliação do Desempenho das Organizações Sociais

Antes de tratar especificamente da avaliação do desempenho das organizações sociais é importante frisar as mudanças que a reforma gerencial trouxe ao contexto da administração pública brasileira no que diz respeito à avaliação do serviço público. A avaliação no contexto público passou por mudanças de foco no decorrer do tempo.

Por volta da década de 1960, a preocupação era oferecer dados para os gerentes públicos a fim de obter respostas que direcionassem revisões. Em 1980, o objetivo principal era a realocação, que compreendia a utilização dos recursos públicos de forma mais eficiente e, nesse sentido, as decisões eram tomadas com base nos critérios orçamentários (TREVISAN; BELLEN, 2008).

Em 1990, iniciaram-se indagações quanto ao papel do Estado, fortalecidas pelos ideais da nova administração pública. A avaliação passou a ter um enfoque delineado pelo alcance de resultados da administração e das políticas públicas. Havia no contexto da gestão pública dos Estados ocidentais uma busca pela modernização, a qual foi empenhada pelas administrações por meio de reformas do Estado. Um fato que marcou tais mudanças foi a busca por avaliações da gestão do governo. Na América Latina, vários países começaram a implantar a avaliação de políticas públicas (FARIA, 2005, TREVISAN; BELLEN, 2008).

A reforma do Estado gerou a necessidade da utilização de ferramentas de avaliação, já que o poder público passou a delegar atividades que antes exercia diretamente. O acompanhamento e controle da execução de tarefas exercidos por outros, que não o Estado, exigiu por parte da administração pública a construção de instrumentos, metodologias e indicadores responsáveis pela avaliação (COSTA; CASTANHAR, 2003).

O gerencialismo trouxe uma visão de avaliação que era atrelada aos resultados. Essa era a base devido à crise fiscal vivida por diversos países e que gerou a necessidade de redução de despesas e anseio por uma administração mais eficiente, gestão flexível, maior transparência, habilidade de solução de problemas do governo e maior comprometimento dos gestores por meio da responsabilização. Desse modo, com a necessidade de acompanhar as políticas quanto ao seu custo e, conseqüentemente, sua eficiência, priorizava-se uma avaliação que focava os resultados (FARIA, 2005).

Essa forma de administrar, visando os resultados, viabilizou as chamadas políticas de gestão. Duarte (2009) descreve que a gestão por resultados e eficiência na administração pública, considera a eficiência das políticas públicas e das organizações como um resultado da adequação do emprego racional dos recursos públicos aos objetivos que foram definidos.

Duarte (2009) destaca que uma das grandes limitações que se mostram obstáculos para a concretização da eficiência nos governos brasileiros é a presença

forte do clientelismo, ou seja, a troca de favores. O clientelismo muitas vezes se torna impedimento à seleção meritocrática para o preenchimento de cargo público, prejudica critérios de aquisição de bens com menor preço pelo Estado, além de dificultar a escolha e direção de políticas públicas de forma eficiente.

O principal foco da Nova Gestão Pública era a promoção da eficiência e, assim, foram estimuladas políticas de gestão no contexto da administração pública. Tais políticas abarcam: “o planejamento, o orçamento, a estrutura organizacional, os recursos humanos, os processos e as tecnologias, as compras governamentais e, cada vez mais, a qualidade na prestação dos serviços públicos e no atendimento ao cidadão” (DUARTE, 2009, p. 45).

Várias são as questões que podem ser destacadas neste tipo de gestão, como, por exemplo, uma estrutura organizacional mais enxuta, intersetorialidade entre os campos de atuação, maior responsabilidade e transparência na gestão. No contexto dos recursos humanos, há critérios para o acesso e ascensão no serviço público, avaliação do desempenho de servidores, capacitação e treinamentos para aquisição de novas competências (DUARTE, 2009).

No quesito planejamento, há um constante empenho para aliá-lo ao orçamento e, por este motivo, torna-se fundamental o monitoramento da execução orçamentária a fim de promover o gasto público com a melhor qualidade possível. Para tanto, são construídas formas de avaliação de processos e de obtenção de resultados (DUARTE, 2009).

Outra característica das políticas de gestão diz respeito à utilização da tecnologia para favorecer a agilidade no serviço e transparência ao cidadão. Além disso, esta ferramenta pode gerenciar informações que futuramente podem gerar indicadores que auxiliarão na tomada de decisão.

Geralmente as políticas de gestão fazem parte das atividades meio e, por este motivo, não são ações vistas diretamente pelo público. Mesmo assim são políticas que influenciam várias outras políticas setoriais a fim de estruturar e compartilhar objetivos comuns, os quais têm como propósito produtos e resultados. Essa ação de estipular objetivos, partilhá-los e alocar os recursos de forma adequada e eficiente requer coordenação, caso contrário o desempenho organizacional torna-se desagregado (DUARTE, 2009).

A introdução do novo gerencialismo público e da redução de gastos devido à crise fiscal que os países passavam impulsionou nos governos a elaboração de

políticas públicas que enfatizavam a eficiência e a credibilidade, sendo esta última marcada pelo enfrentamento à liberdade discricionária de políticos e burocratas ao tomar decisões (SOUZA, 2006).

É neste cenário caracterizado pela busca da eficiência que o poder público passou a utilizar com mais intensidade os chamados indicadores de desempenho. “Um indicador de desempenho é composto de um número ou percentual que indica a magnitude (quanto), e de uma unidade de medida, que dá ao número ou percentual um significado (o que)” (BRASIL, 1997b, p. 28). É por meio dos indicadores que se pode estabelecer uma relação de causa e efeito sobre uma determinada situação e, geralmente, eles são agrupados em categorias, as quais indicam o nível de controle que a entidade tem sobre eles. Os indicadores devem estar alinhados com a missão, os objetivos estratégicos e as metas (BRASIL, 1997b). Para mostrarem-se confiáveis, os indicadores precisam de parâmetros conforme os apresentados pelo Quadro 1.

Quadro 1- Parâmetro para os indicadores de desempenho

EFICÁCIA	Grau de atendimento às demandas dos usuários
EFICIÊNCIA	Custos
QUALIDADE	Grau de adequação do serviço ao uso pelo usuário

Fonte: Elaborado pela autora conforme informações de Brasil (1997).

Há alguns parâmetros que o indicador precisa observar: ser inteligível, ter aplicabilidade simples e ampla, equivalência com o processo de coleta de dados, concreta interpretação de dados, mensuração acessível no que diz respeito aos custos, fornecer dados para tomada de decisão (BRASIL, 1997b).

Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014) tiveram como proposta de estudo pesquisar de que maneira os gestores de serviços hospitalares fazem uso de indicadores de desempenho para empreender a gestão estratégica de recursos sob o prisma da gestão do conhecimento baseado em evidências. Por meio de pesquisa qualitativa, os autores analisaram um sistema de indicadores hospitalares no âmbito de um hospital público e outro, filantrópico. No estudo, os autores observaram que: “a capacidade de os hospitais reconhecerem suas características por meio de indicadores pode auxiliar na aquisição de desempenhos superiores, na criação de conhecimentos e na geração de evidências para orientar ações estratégicas” (p. 497).

Alcoforado e Moraes (2008) descrevem a dificuldade inicial da administração pública no que tange a lidar com indicadores de desempenho no contexto da

implementação das organizações sociais, as quais demandavam do poder público acompanhamento do desempenho. As limitações diziam respeito à demanda de mudança na cultura e conseqüentemente na postura dos órgãos públicos. A busca por resultados e a mensuração de desempenho por meio de indicadores foram aspectos que trouxeram inovação na forma de gerir o aparato estatal. Essa mudança na forma de gestão originou uma série de custos uma vez que requereu da administração pública capacidade de lidar com essa nova realidade (COSTA et al, 2001).

A promoção na área da saúde de habilidades estratégicas como planejamento, organização, direção e controle depende de medidas que verifiquem tanto a quantidade como a qualidade dos serviços oferecidos. Isto é, a mensuração e relação entre dados são essenciais para a averiguação e acompanhamento do trabalho. “As comparações entre metas, fatos, dados, informações, a criação de parâmetros, internos e externos, são peças fundamentais para o conhecimento das mudanças ocorridas em uma instituição, áreas ou subáreas...” (BITTAR, 2001, p.22).

Embora não seja uma medida direta de qualidade, o indicador é uma ferramenta que ressalta aspectos apresentados nos resultados, os quais apontam necessidade de mudanças. Os indicadores mensuram tanto pontos quantitativos como qualitativos relacionados aos processos, resultados, estrutura e meio ambiente (BITTAR, 2001).

Em 1998, a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) iniciou um projeto criando o chamado SIPAGEH - Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar. O propósito era escolher um conjunto de indicadores utilizados pelos hospitais e a partir destas informações criar um plano de melhoria baseado na comparação dos resultados demonstrados. De acordo com este projeto, “Indicadores são medidas usadas para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações de saúde executadas” (SIPAGEH - Disponível em: <http://www.projeto.unisinos.br/sipageh/>. Acesso em: 25 maio 2017).

O SIPAGEH é um sistema organizado e permanente responsável por avaliar o desempenho dos hospitais, por meio da coleta e tratamento dos indicadores hospitalares. A partir dos resultados alcançados faz-se uma comparação do desempenho de gestão da qualidade assistencial e administrativa. Este é um entre vários outros projetos que entenderam a importância do acompanhamento e avaliação

do desempenho de hospitais por meio da análise de indicadores e a partir desses dados buscam melhores resultados para os serviços de saúde. Questão essa afirmada por este projeto ao discutir sobre avaliação:

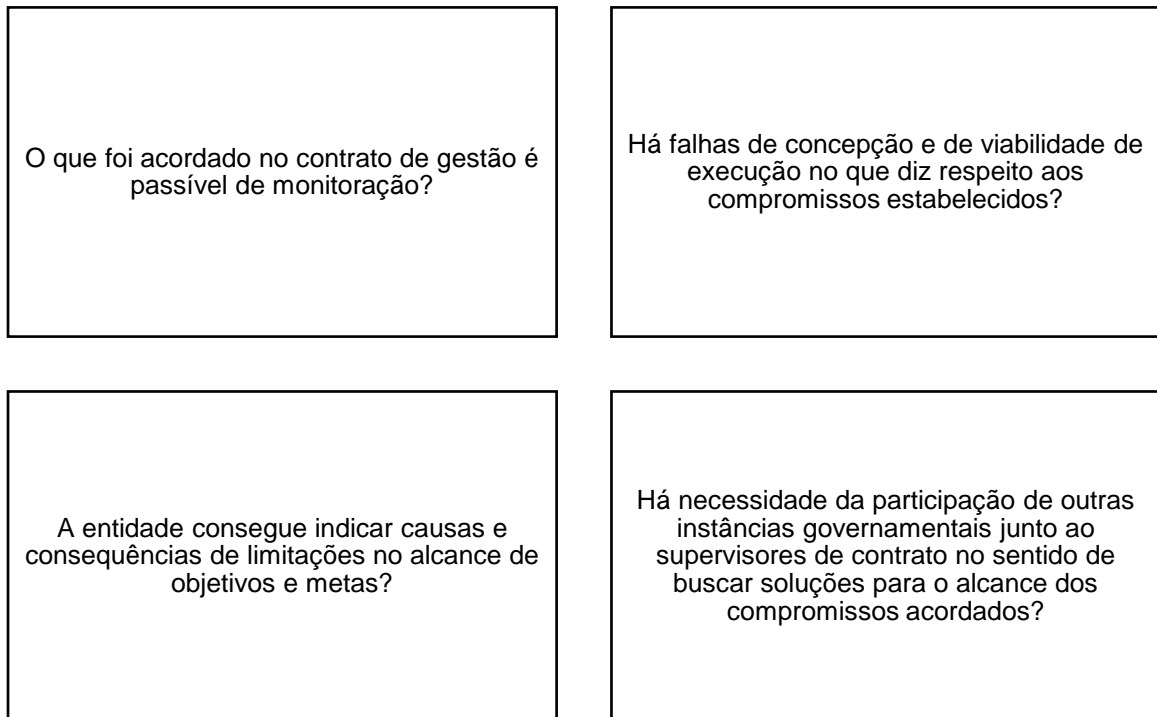
No processo de avaliação sempre existem comparações: com relação ao tempo ou com relação a parâmetros, normas, padrões, modelos ideais, reais ou desejados. O desenvolvimento de indicadores mostra-se, então, como uma resposta a esta necessidade, uma vez que são instrumentos projetados e usados para avaliar uma situação ou para avaliar a consecução de objetivos e metas. São variáveis que permitem quantificar resultados e ações (SIPAGEH - Disponível em: <http://www.projeto.unisinos.br/sipageh/>. Acesso em: 25 maio 2017).

Uma fase relevante da parceria entre o privado e o público é o acompanhamento e avaliação constantes do contrato de gestão. Isso se dá por meio de relatórios, avaliações e auditorias. É neste momento que o poder público exerce controle, a fim de analisar o curso das ações e, caso elas estejam fora do acordado, medidas devem ser tomadas. A avaliação das OS em relação ao cumprimento do que foi acordado no contrato de gestão ocorre por meio das seguintes ações: geração de relatórios parciais e anual, avaliação institucional e auditorias (BRASIL, 1997b). A avaliação é:

[...] a comparação dos resultados alcançados (descritos pelos indicadores de desempenho) com o desempenho pretendido (descritos pelos objetivos estratégicos e metas definidos). A avaliação deve servir para que se analisem as causas e os efeitos dos desvios entre o programado e o realizado, de forma que os gestores possam recomendar mudanças e ações corretivas. Análises mais profundas podem mostrar quais estratégias contribuíram para resultados positivos e quais contribuíram para resultados negativos (BRASIL, 1997b, p. 30).

Os relatórios contemplam informações acerca do nível de atendimentos às metas acordadas, de acordo com os indicadores estabelecidos e conforme o sistema de avaliação definido. Há dois tipos de relatórios parciais (tri ou quadrimestrais) e anuais (BRASIL, 1997b). Na figura 2 são apresentados os aspectos que são importantes e que são levados em conta na produção dos relatórios.

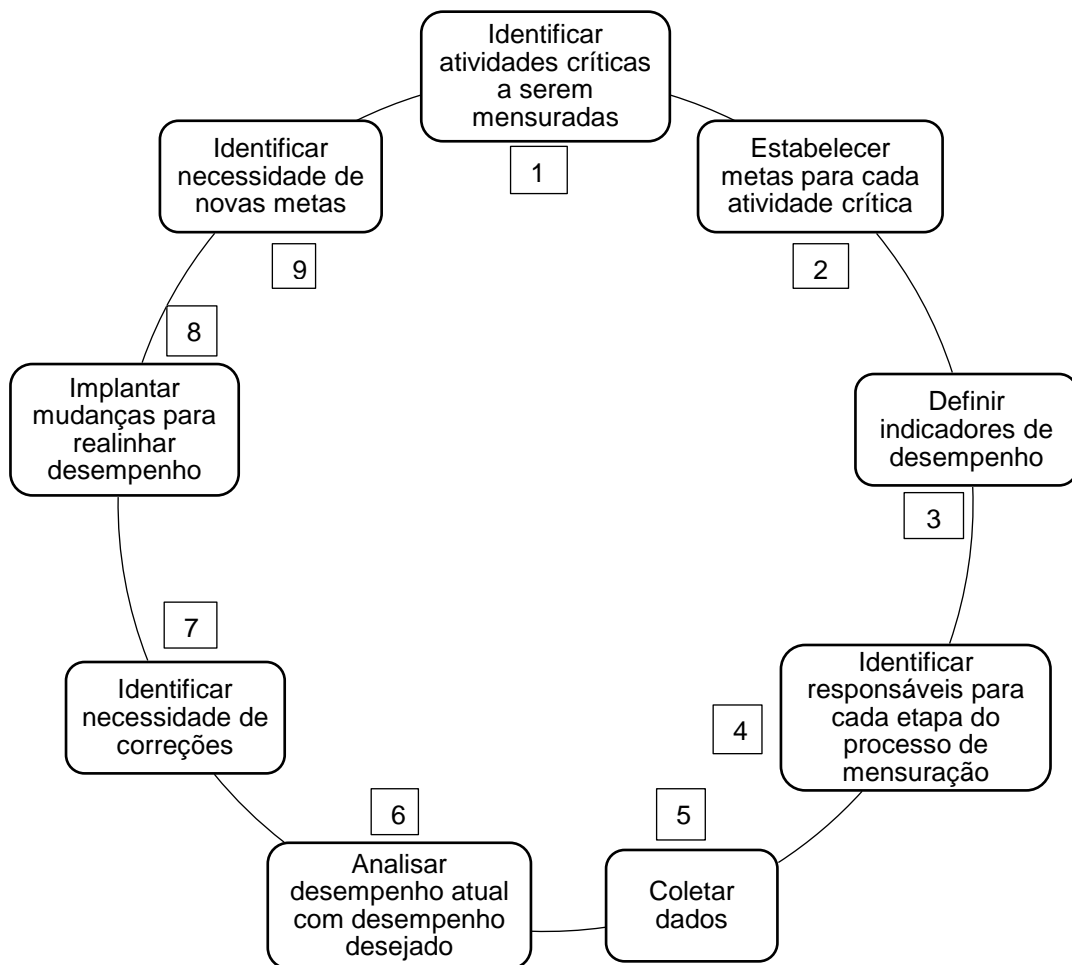
Figura 2: O que deve ser verificado nos dados dos relatórios parciais



Fonte: Elaborada pela autora de acordo com informações de Brasil (1997b).

As relações que se estabelecem de causa e efeito no processo de avaliação do desempenho são importantes para desenvolver um sistema de melhoria contínua. Várias são as questões que podem ser identificadas por meio dos dados obtidos na avaliação de desempenho: se as necessidades dos usuários e a demanda da política formulada estão sendo respondidas; quais aspectos precisam melhorar; quais revisões precisam ser feitas, seja no regulamento, nas metas ou no processo produtivo em si e mudanças de forma geral quanto a aspectos que se tornaram obstáculos para o desempenho da instituição (BRASIL, 1997b). Na figura 3 são demonstradas as etapas do sistema de avaliação.

Figura 3: Etapas do sistema de avaliação



Fonte: Elaborada pela autora com base em Brasil (1997b).

A estrutura apresentada pela figura 3 demonstra o ciclo da avaliação. A estipulação de metas, a avaliação dos serviços por meio de indicadores de desempenho e o acompanhamento de seus possíveis resultados, são uma das maiores justificativas apresentadas pela administração pública no sentido de inserir a parceria entre os setores público e privado na gestão da saúde. A ideia é de que um serviço bem acompanhado terá a probabilidade de apresentar melhores resultados, já que o desempenho insuficiente deverá ser realinhado (BRASIL, 1997b).

2.4. Revisão Empírica de Estudos sobre Organizações Sociais

Em sua pesquisa, Carneiro Júnior (2002) teve como objetivo analisar as OS na perspectiva de incremento do controle público e da eficácia social dos serviços prestados por estas entidades. Foi realizado um estudo de caso em duas

organizações sociais de saúde. Na pesquisa foram escolhidas duas categorias analíticas – equidade no acesso aos serviços públicos de saúde e controle público.

Carneiro Júnior (2002) aponta que o desempenho da equidade no acesso ao serviço público e controle público no âmbito das organizações sociais é ineficiente, pois falta uma estrutura sólida que assegure tais objetivos. Desse modo, o autor critica essa forma de gestão, já que o discurso realizado pelos idealizadores da inserção das organizações sociais na saúde é que a população participaria mais neste modelo de gestão por meio de um melhor acesso e democratização do serviço, realidade que não foi encontrada.

Sano (2003) teve como objetivo de estudo averiguar a implementação dos novos mecanismos de gestão e *accountability* ao setor público brasileiro, focando as organizações sociais. A pesquisa constatou que as OS paulistas não conseguem relacionar o controle por resultados com *accountability*, demonstrando a fragilidade das questões relativas a este controle no processo.

De acordo com Barata e Mendes (2007), a experiência da gestão dos hospitais públicos de São Paulo por meio das OS demonstrou resultados satisfatórios no que diz respeito ao atendimento de qualidade e economicidade dos recursos financeiros em comparação com a gestão de hospitais pela administração direta. Os autores ainda citam que o êxito deste modelo está relacionado à escolha acertada do parceiro privado, o qual tem que apresentar características como experiência gerencial e espírito público. Por outro lado, a administração pública deve assegurar o controle social bem como acompanhar e avaliar os serviços contratados.

Quinhões (2008), ao abordar a gestão dos hospitais, retrata as dificuldades pelas quais essas unidades passam. Devido a uma série de serviços incorporados pelos hospitais e à alta complexidade da atividade prestada, os gastos são relevantes, correspondendo a 60% da despesa total em saúde no Brasil. A perspectiva é de que os custos aumentem gradativamente em virtude da melhora da expectativa de vida, o que implica a ampliação da longevidade. A crítica que o autor faz é que, nesses diversos anos de reformas e mudanças, as políticas nacionais de saúde têm negligenciado as entidades hospitalares, principalmente na questão da gestão dessas unidades como também na qualidade e eficiência desses serviços. Para o autor,

[...] a adoção de um modelo de governança corporativa hospitalar pública que promova maiores níveis de eficiência, eficácia e efetividade e de um arcabouço que tenha maior capacidade de promover uma mudança

institucional nos hospitais brasileiros da rede pública, surpreendentemente não tem recebido a atenção necessária (QUINHÕES, 2008, p.6,7).

O trabalho de Quinhões (2008) foi um estudo de caso múltiplo o qual compreendeu seis hospitais públicos estaduais de porte e atributos similares sendo que três unidades de saúde eram geridas por OS e três eram conduzidos pela administração pública direta. O objetivo era entender melhor como a governança nos hospitais estaduais a partir do novo modelo de gestão encabeçado pelas OS tinha relação com as características de suas transações e de seus atores.

Concluiu-se que a gestão de hospitais públicos por meio de OS aumentou os custos de transação por volta de 9% dos gastos totais, porém este modelo demonstrou performance satisfatória em relação aos hospitais dirigidos pela administração direta. “A análise dos custos transacionais é um recurso muito importante para a definição e a escolha de um modelo de governança que seja o mais adequado possível às características de um dado conjunto de transações e de atores” (QUINHÕES, 2008, p. 12).

Em sua pesquisa, Pahim (2009), ao focar o funcionamento da gestão financeira das organizações sociais, delineou os fatores relevantes que condicionam a administração das finanças de tais instituições. Buscou-se também verificar a relevância do modelo das OS para o orçamento do Estado, o controle da utilização dos recursos e os preços dos serviços contratados nesta forma de gestão. Como conclusão, a autora constatou que a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo não estabeleceu um controle financeiro por resultado no campo das OS, ação essa indispensável, já que este é um modelo no qual há maior flexibilidade de atuação. A autora ainda relatou que a comparação entre unidades de saúde geridas pelo Estado diretamente e aquelas administradas por OS mostra-se uma tarefa difícil e delicada devido à complexidade envolvida no isolamento de informações.

Barbosa e Elias (2010) buscaram averiguar o processo de inserção das organizações sociais da saúde no Estado de São Paulo salientando aspectos como autonomia administrativa e financeira, diretrizes do contrato de gestão e a utilização de ferramentas e abordagens gerenciais inovadoras. Utilizou-se o estudo comparativo, o qual confrontou uma unidade da administração direta e outra, regida por organização social.

O objetivo foi analisar a diferença de desempenho entre os dois modelos de gestão. Observou-se no estudo que a autonomia administrativa e financeira concedida às OS permite à gestão a melhor utilização dos recursos repassados. Isso se deve à maior liberdade para aquisição de bens e serviços como também para a contratação de pessoal. Quanto à questão das compras para abastecimento da unidade hospitalar, elas são feitas em intervalos menores e direcionadas à necessidade de consumo de determinado período, tornando esta atividade menos onerosa (BARBOSA; ELIAS, 2010).

Realidade diferente das unidades dirigidas pela administração direta, que em questões que envolvem processos de compra precisam passar por um processo lento e burocrático. De acordo com os autores, enquanto na administração direta, o processo de compras compreende dezenove estações de operações até seu fechamento, na estrutura das organizações sociais este processo concentra três estações (BARBOSA; ELIAS, 2010).

A vantagem quanto à liberdade para contratação de recursos humanos diz respeito ao melhor aproveitamento de pessoal já que a contratação é realizada de acordo com as reais necessidades da unidade. Um dado negativo apontado na OS está ligado à alta rotatividade, realidade esta que pode ter relação com a ausência de uma política de RH que envolva a possibilidade de progressão funcional para todas as categorias (BARBOSA; ELIAS, 2010).

Franzese (2012), ao fazer uma avaliação sobre os 15 anos da existência das organizações sociais no governo do Estado de São Paulo, constatou que houve aumento das entidades qualificadas, da diversidade de atividades oferecidas por tais organizações e da quantidade de contratos de gestão assinados. De acordo com a autora, tal expansão indicou que o estado de São Paulo apresentou êxito na implementação das organizações sociais.

De acordo com Franzese (2012) os contratos de gestão precisam aprimorar suas discussões no que diz respeito à eficiência. Deve-se buscar novas maneiras de controlar os recursos públicos, concentrando-se nos resultados. Neste sentido, a autora propõe a elaboração de medidas que façam comparações entre as despesas das diferentes organizações sociais e entre os seus próprios dispêndios no tempo, verificando as limitações e, assim que averiguadas, repará-las.

Duarte et al (2013) apresentaram o projeto de diagnóstico e melhoria do gerenciamento de contratos de gestão com organizações sociais no Estado de São

Paulo. Tal projeto foi fruto da colaboração entre a Secretaria de Saúde (SES) e a Secretaria da Gestão Pública (SGP). Para a realização deste projeto foi contratada uma consultoria especializada, a qual o organizou em quatro etapas: diagnóstico, propostas de aprimoramento, capacitação e conclusão.

Na fase do diagnóstico foram analisados os contratos de gestão em todas as suas etapas. Em outro momento foram oferecidas propostas de aperfeiçoamento fundamentadas em *benchmarking* e em conceituadas ferramentas de gestão para cada um dos aspectos levantados no diagnóstico. A capacitação foi destinada ao corpo técnico que trabalhava com o monitoramento e avaliação dos contratos de gestão. Finalmente, a conclusão do projeto disponibilizou um Relatório Sintético e um Plano de Ação para o aprimoramento da gestão (DUARTE et al, 2013).

O resultado final fundamentado nos diagnósticos alcançados concluiu em um plano com treze ações de melhoria e um relatório sintético com as principais propostas elencadas no projeto. As ideias definidas para o Plano de Ação foram construídas por meio de uma metodologia baseada em dois eixos: impacto na proposição e dificuldade de implementação. A partir destes dois eixos foram levantadas quatro dimensões avaliadoras da possibilidade de inserção das ações e do nível de prioridade (DUARTE et al, 2013).

As ações prioritárias foram estabelecidas em cinco grupos: estruturação interna que diz respeito à reorganização dos órgãos estaduais de acompanhamento; legislação e normas; desenvolvimento de mecanismo de suporte e transparência; melhoria do acompanhamento das informações assistenciais e melhoria do acompanhamento financeiro e de gestão das unidades (DUARTE et al, 2013).

Em seu estudo, Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014) analisaram como os hospitais utilizam os indicadores de desempenho. Os dados indicaram que os gestores de hospitais públicos utilizam os indicadores como base para a administração dos recursos escassos. Já os gestores dos hospitais filantrópicos servem-se dos indicadores como apoio para gerir os aspectos econômicos e assistenciais de forma sustentável. Outro aspecto verificado é a necessidade do compartilhamento de informações para que o sistema de indicadores seja eficaz. O hospital público, ao utilizar os indicadores, prioriza o aperfeiçoamento do conhecimento, já o hospital filantrópico enfatiza a gestão da qualidade ao usar os indicadores.

Pereira (2014) argumenta a respeito da transferência de recursos públicos para o setor privado por meio das OS. A autora analisou a aplicação dos princípios de governança corporativa no que diz respeito aos critérios de *accountability* e transparência.

Os dados indicaram que os critérios de *accountability* e transparência ainda não foram atingidos, sendo estes elementos relevantes para uma satisfatória governança no setor público. Uma crítica feita no estudo foi em relação à clareza das informações fornecidas, apresentando-se em alguns momentos de difícil compreensão, como também foram percebidos obstáculos ao acesso desta informação (PEREIRA, 2014).

Outra questão abordada pela autora foi em relação ao controle exercido pela secretaria de saúde. De acordo com Pereira (2014), este acompanhamento é realizado de forma altamente centralizada, carecendo este processo de outros atores que auxiliem no delineamento de metas, indicadores de desempenho e critérios para repasse de recursos.

A partir da análise de Guerra (2015) concluiu-se que os hospitais públicos gerenciados por OS apresentaram maior eficiência do que os dirigidos pela administração direta e também daqueles privados que ofertam leitos ao SUS, além de manter a qualidade determinada pela gestão pública. Neste sentido, as OS demonstraram ser mais eficazes do que a gestão direta.

O estudo de Barbosa et al (2015) objetivou retratar o processo de instauração da organização social no contexto da saúde em Goiás. Realizou-se um estudo de caso no Hospital de Urgências da cidade de Anápolis. Os dados analisados contemplavam a caracterização da unidade, o arcabouço jurídico-normativo do processo de instituição da OS, o controle e a avaliação do desempenho da unidade, a administração de recursos humanos e materiais. Percebeu-se por meio do estudo que a gestão realizada pela organização social apresenta alguns benefícios: maior liberdade para a compra de produtos e serviços e melhor acompanhamento e avaliação de desempenho. O trabalho verificou limitações por parte do poder público para monitorar e avaliar as metas estabelecidas no contrato de gestão.

Turino et al (2016) estudou a efetivação das organizações sociais nos hospitais públicos do Espírito Santo. A partir das informações coletadas chegou-se à conclusão que os recursos repassados às organizações sociais eram maiores em relação àqueles transferidos quando a unidade de saúde era gerida pela administração direta. Em suas considerações finais, os autores relataram que essa nova forma de gestão

não implica necessariamente o crescimento da qualidade no acesso ao serviço público de saúde.

Ao estudar sobre as questões que envolvem a contratação indireta no serviço público por meio das organizações sociais, Coelho e Greve (2016) puderam constatar uma série de divergências ideológicas, políticas, econômicas e jurídicas. São três os aspectos que envolvem esta discussão: motivações e atitudes ligadas à presença do setor privado na saúde; circunstâncias adequadas para implantação da contratação indireta e mensuração das perdas e ganhos relacionados aos acordos efetivados neste molde.

Em meio a uma série de questões que envolve o cenário da saúde, sejam os seus dilemas, a sua complexidade, bem como o aumento de sua demanda e recursos escassos, diversos são os movimentos realizados pelas políticas a fim de buscar soluções. A introdução das organizações sociais neste contexto foi uma dessas respostas com o objetivo de trazer maior eficiência à saúde. Logo à frente será demonstrado o caminho delineado pela pesquisa para levantar dados relativos ao desempenho das organizações sociais analisadas neste estudo.

3 METODOLOGIA

3.1. Tipologia e Caracterização da Pesquisa

De acordo com Gerhardt e Souza (2009), a metodologia diz respeito aos meios que serão utilizados e à maneira pela qual serão alcançadas informações para se chegar à resposta. Desta feita, logo à frente serão delineados estes caminhos percorridos para buscar os dados que poderão responder à pergunta colocada no início deste trabalho. Vieira e Hosne (2015, p.1) definem pesquisa da seguinte forma:

Pesquisa é um procedimento sistemático de investigação para rever ou ampliar o conhecimento existente, descobrindo novos fatos, discutindo novas formas de pensar, retificando antigas conclusões, desenvolvendo novas tecnologias e estabelecendo novas teorias.

A pesquisa realizada tem natureza aplicada, objetivo descritivo e abordagem quantitativa cujo estudo foi realizado por meio de análise estatística de dados coletados na base de dados do DATASUS.

3.2. Coleta de Dados e Amostra

O objeto dessa pesquisa abrange quatro hospitais públicos, os quais foram selecionados aleatoriamente, localizados na cidade de Goiânia. Eles eram geridos diretamente pelo Estado e passaram a ser administrados pela gestão privada por meio de organizações sociais. Os dados foram coletados na base de dados do DATASUS (www.datasus.gov.br), compreendendo o corte temporal da pesquisa – do ano de 2008 a 2016.

Selecionou-se este período de análise porque aborda quatro anos antes da realização do contrato de gestão e quatro anos depois da inserção das organizações sociais na administração dos hospitais. O ano de 2012 foi descartado pois é conhecido como o ano de transição, já que foi neste período que os hospitais pesquisados no

presente estudo celebraram o contrato de gestão com as organizações sociais. As informações utilizadas são referentes à produção hospitalar (Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS), sendo os dados colhidos no período de agosto de 2017.

As variáveis analisadas foram baseadas na pesquisa de Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014), que ao realizarem estudo com o propósito de averiguar a utilização de indicadores de desempenho pelos gestores hospitalares, constataram que as medidas principais são aquelas que avaliam a qualidade dos serviços e a *performance* econômica do hospital. A partir desta análise, foram levantadas variáveis a serem pesquisadas no presente trabalho com suas devidas adaptações.

Essas variáveis foram selecionadas pelo fato de representarem três fatores importantes do desempenho de um hospital: qualidade (taxa de mortalidade e média de permanência); custo operacional (valor total, valor dos serviços hospitalares e valor dos serviços profissionais) e assistência (número de internações), apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis de estudo

Variável	Definição
Média Permanência	Média de permanência das internações referentes às autorizações de internações hospitalares (AIH), computadas como internações no período.
Taxa de mortalidade	Razão entre a quantidade de óbitos e o número de autorizações de internação hospitalar aprovadas, computadas como internações no período, multiplicada por 100.
Valor Total	Valor referente às AIH aprovadas no período.
Valor serviços hospitalares	Valor dos serviços hospitalares referentes às AIH no período.
Número de internações	Quantidade de AIH aprovadas no período.
Valor serviços profissionais	Valor dos serviços profissionais referente às AIH aprovadas no período.

Fonte: adaptado pela autora a partir do DATASUS (2017).

3.3. Tratamento dos dados

Os dados coletados foram tratados estatisticamente por meio de um teste de médias. Trata-se de uma ferramenta que compara dados das amostras antes e depois de um determinado tratamento, neste caso, o desempenho dos hospitais antes e depois da inserção das organizações sociais. Foram empregados dois testes para esta análise, o teste t pareado para amostras dependentes, o qual um dos critérios para sua utilização é que as amostras analisadas venham de uma população que segue distribuição normal; e o teste de Wilcoxon, para amostras que não provém de uma população com distribuição normal.

O teste t pareado para amostras dependentes é um tipo de teste que faz comparação entre uma ou mais médias, testando a diferença entre elas (LARSON; FARBER, 2010). No caso dos dados que não apresentaram distribuição normal, foi utilizado o teste de Wilcoxon, que é um tipo de teste utilizado como alternativa ao teste t quando a amostra não é normalmente distribuída. Desta forma, o teste de Wilcoxon faz a comparação entre as amostras (LARSON; FARBER, 2010). O instrumento utilizado para a realização destes testes foi o *software* R, sendo este um programa de domínio público.

O teste t pareado apresenta critérios para sua aplicação. Além da dependência entre as amostras, o teste determina que elas sigam distribuição normal. Para avaliar tal suposição foi utilizado o teste de normalidade Shapiro-Wilk, sendo as hipóteses estabelecidas da seguinte forma:

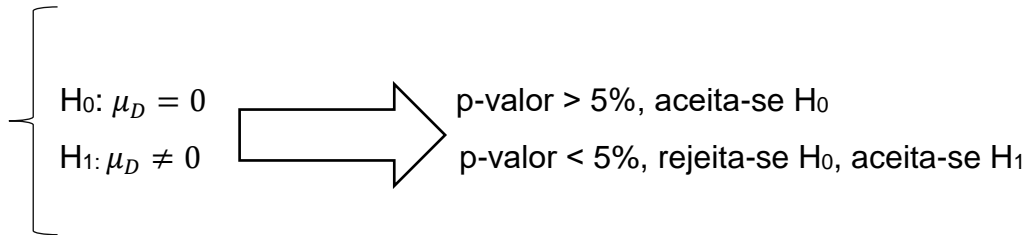
$$\left\{ \begin{array}{l} H_0: \text{a amostra provém de uma população com distribuição normal} \\ H_1: \text{a amostra não provém de uma população com distribuição normal} \end{array} \right.$$

Foi estabelecido em 5% o nível de significância (p-valor) para a realização do teste. Sendo assim, quando o p-valor $> 5\%$ não há evidências suficientes para rejeitar H_0 , ou seja, a hipótese nula (H_0) é aceita. Quando p-valor $< 5\%$ há indícios suficientes para rejeitar H_0 , ou seja, a amostra não provém de uma população com distribuição normal.

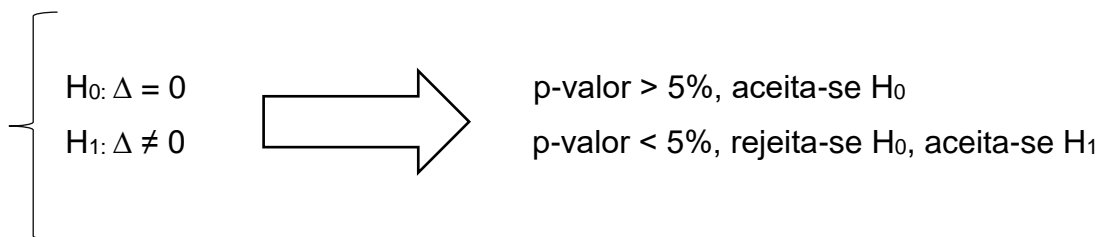
A maioria dos dados apresentou um padrão de distribuição normal. Para tanto, foi feita a análise das variáveis antes e depois, na qual μ_D representa a média obtida

a partir das diferenças entre as amostras colhidas antes e depois da implantação das OS.

Foi estabelecido o nível de significância (p-valor) de 5%. Sendo assim, quando o p-valor $> 5\%$ não há evidências suficientes para rejeitar H_0 , ou seja, não há diferença significativa entre as amostras. Caso contrário, p-valor $< 5\%$, rejeita-se H_0 , o que indica que há diferença entre as duas amostras, conforme representado a seguir.



O teste de Wilcoxon foi necessário ser aplicado em dois hospitais: hospital B, nas variáveis valor total, valor dos serviços hospitalares e valor dos serviços profissionais; e Hospital C na variável número de internações. Para a realização do teste de Wilcoxon foram estabelecidas as seguintes hipóteses: a hipótese nula (H_0) diz que não há diferença entre as amostras, já a hipótese alternativa (H_1) diz que há diferença. Para este teste também foi estabelecido nível de significância (p-valor) de 5%. Sendo assim, quando o p-valor $> 5\%$ não há evidências suficientes para rejeitar H_0 , e se p-valor $< 5\%$, rejeita-se H_0 , o que indica que há diferença entre as amostras, conforme representado a seguir.



Em seguida, serão apresentados os resultados encontrados a partir das análises dos dados realizados neste estudo.

4 DIAGNÓSTICO

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa encontrados neste estudo. Antes de fazer a discussão sobre os dados analisados, serão apresentadas informações a respeito dos hospitais pesquisados, a fim de conhecer sobre a área de atuação e características gerais destas unidades de saúde.

Quadro 3. Característica dos hospitais analisados – fundação, nº de leitos e área de atuação

Hospital A	<p>Fundação: foi inaugurado em 1991.</p> <p>Nº de leitos: 407 leitos de internação e 10 salas de centro cirúrgico.</p> <p>Área de atuação: Serviços de urgência e emergência de média e alta complexidade.</p>
Hospital B	<p>Fundação: foi inaugurado em 1959.</p> <p>Nº de leitos: 234 leitos; 13 salas de cirurgia, 32 consultórios e 14 vagas para hemodiálise.</p> <p>Área de atuação: atendimentos eletivos de média e alta complexidade.</p>
Hospital C	<p>Fundação: foi inaugurado em 1977.</p> <p>Nº de leitos: 111 leitos</p> <p>Área de atuação: atendimentos eletivos e de emergência de média e alta complexidade.</p>
Hospital D	<p>Fundação: foi inaugurado em 1972.</p> <p>Nº de leitos: 167 leitos</p> <p>Área de atuação: serviços de urgência, emergência e ambulatorial.</p>

Fonte: elaborado com base nos dados do portal da transparência do Estado de Goiás (<http://www.transparencia.go.gov.br>), 2018.

Conforme apresentado na metodologia, foi realizado um teste de médias, a fim de observar quais alterações mostraram-se estatisticamente significativas no que diz respeito aos períodos antes e depois da implantação das organizações sociais de saúde em relação às variáveis selecionadas para este estudo. Desta forma, as variáveis que apresentaram o p-valor < 5% apontaram existir possíveis alterações significativas que devem ser destacadas. Já no caso contrário, no qual o p-valor > 5%, indica que pode até ter ocorrido alterações, porém não se mostraram significativas do ponto de vista estatístico. Neste momento serão apresentadas as diferenças que ocorreram ou não relacionadas às variáveis delimitadas neste estudo.

Na tabela 2 são apresentados os dados encontrados no hospital A. Nesta unidade de saúde, das seis variáveis avaliadas, três indicaram existir evidência suficiente de que houve alteração significativa do antes e depois da implantação da organização social e três variáveis indicaram que houve certa constância das variáveis no decorrer do tempo. As variáveis que indicaram mudanças foram: valor total, valor dos serviços hospitalares e taxa de mortalidade. Em relação ao valor total, houve uma trajetória crescente dos valores, havendo de 2008 para 2016 um acréscimo de R\$ 15.036.566,51. No que diz respeito aos serviços hospitalares, houve também uma tendência crescente, sendo que, em 2008, o valor era de R\$ 7.129.013,23 e, em 2016, o último ano analisado, o valor correspondia a R\$ 19.726.904,93. A taxa de mortalidade apresentou queda, a média antes de o hospital ser dirigido pela organização social era 12,14; após a inserção da gestão privada a média passou a ser 6,80.

Tabela 2- Média, desvio padrão e p-valor das variáveis do hospital A quando dirigido pela administração direta (2008-2011) e quando dirigido pela organização social (2013-2016).

Variável	Administração Direta 2008-2011		Organização Social 2013-2016		p-valor
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Valor Total	14.640.957	4.043.388	23.456.249	500.321	0,01682
Valor serviços hospitalares	11.603.244	3.215.738	19.112.501	555.414	0,01152
Valor serviços profissionais	3.037.713	829.485	4.280.595	195.037	0,09279
Número de internações	10.200	2.247	12.265	541	0,1122
Taxa de mortalidade	12,14	1,93	6,80	0,46	0,008901
Média de permanência	6,48	0,87	6,33	0,21	0,6952

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados do DATASUS (2017).

O próximo hospital a ser discutido é o B. Em relação a todos os outros hospitais analisados neste estudo, ele apresenta uma realidade diferente já que em relação às variáveis observadas, todas indicaram não haver evidência suficiente de que houve

alguma alteração significativa. Esse resultado pode indicar que não houve mudanças consistentes em relação, por exemplo, ao número de internações e também no que diz respeito à taxa de mortalidade ou à média de permanência no hospital, sendo estes indicadores responsáveis por revelar questões importantes para os serviços prestados à saúde. A Tabela 3 demonstra os resultados encontrados para o hospital B.

Tabela 3 - Média, desvio padrão e p-valor das variáveis do hospital B quando dirigido pela administração direta (2008-2011) e quando dirigido pela organização social (2013-2016).

Variável	Administração Direta 2008-2011		Organização Social 2013-2016		p-valor
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Valor Total	4.298.096	1.828.572	7.336.479	1.808.430	0.12500
Valor serviços hospitalares	3.521.968	1.494.734	5.735.729	1.487.361	0.12500
Valor serviços profissionais	776.128	334.953	1.165.948	229.397	0.25000
Número de internações	4.356	1.485	5.360	822	0.35940
Taxa de mortalidade	6,40	0,70	6,77	0,40	0.52890
Média de permanência	9,80	0,24	10,38	1,16	0.4524

Fonte: elaborada pela autora conforme dados DATASUS (2017).

O Hospital C, das seis variáveis observadas duas indicaram evidências suficientes de alteração significativa. A média das outras quatro variáveis demonstrou existir um equilíbrio entre o antes e depois da implantação da organização social. As duas variáveis que demonstraram mudanças foram: valor total e valor dos serviços profissionais (tabela 4). Em relação ao valor total, houve uma trajetória crescente. No que diz respeito ao valor dos serviços profissionais, houve também aumento nos valores: em 2008 correspondia a R\$ 1.285.444,10; já em 2016 apresentava o valor de R\$ 2.861.340,74.

Tabela 4 - Média, desvio padrão e p-valor das variáveis do hospital C quando dirigido pela administração direta (2008-2011) e quando dirigido pela organização social (2013-2016).

Variável	Administração Direta 2008-2011		Organização Social 2013-2016		p-valor
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Valor Total	7.265.356	1.035.160	9.720.780	934.911	0.01886
Valor serviços hospitalares	5.629.501	764.776	6.953.287	712.243	0.06000
Valor serviços profissionais	1.635.856	286.046	2.549.483	241.657	0.00283
Número de internações	6.962	508	8.670	762	0.12500
Taxa de mortalidade	2,59	0,50	2,68	0,22	0.79130
Média de permanência	6,18	0,17	5,45	0,39	0.07401

Fonte: elaborada pela autora conforme dados DATASUS (2017).

Em relação ao hospital D, das seis variáveis estudadas, duas mostraram existir evidência suficiente para concluir que houve uma alteração significativa. Isto é, as outras quatro indicaram que houve um equilíbrio entre o antes e depois no que diz respeito à implantação da organização social de saúde. As variáveis que indicaram mudança foram o valor dos serviços profissionais e a taxa de mortalidade (tabela 5). No que diz respeito à primeira variável, no caso o valor dos serviços profissionais, houve uma trajetória crescente. Já em relação à taxa de mortalidade, houve decréscimo, a média quando o hospital era dirigido pela administração direta era 11,23; e após a gestão da organização social a média passou a ser 8,04.

Tabela 5 - Média, desvio padrão e p-valor das variáveis do hospital D quando dirigido pela administração direta (2008-2011) e quando dirigido pela organização social (2013-2016).

Variável	Administração Direta 2008-2011		Organização Social 2013-2016		p-valor
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Valor Total	3.696.750	1.431.143	5.293.320	391.286	0.05745
Valor serviços hospitalares	3.273.857	1.319.384	4.695.978	348.112	0.06435

					continuação
Valor serviços profissionais	422.894	117.597	596.683	43.100	0.02305
Número de internações	2.561	380	2.693	104	0.57720
Taxa de mortalidade	11,23	0,94	8,04	0,51	0.00821
Média de permanência	10,38	1,02	10,23	0,74	0.83140

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados DATASUS (2017).

Sintetizando as alterações que ocorreram nos hospitais, ao observar o antes e depois da instalação das organizações sociais de saúde, pode-se verificar no quadro 3 algumas informações relevantes.

Quadro 3 - Alterações significativas das variáveis dos hospitais

Variáveis	Hospitais
Valor Total	Hospital A e Hospital C
Valor serviços hospitalares	Hospital A
Valor serviços profissionais	Hospital C e D
Número de internações	-----
Taxa de mortalidade	Hospital A e Hospital D
Média de permanência	-----

Fonte: elaborado pela autora conforme dados DATASUS (2017).

Dentre os hospitais, o que apresentou maiores alterações foi o hospital A, sendo elas em relação às variáveis valor total, valor dos serviços hospitalares e taxa de mortalidade. O hospital B não apresentou nenhuma mudança significativa. O hospital C apontou modificações em relação ao valor total e valor dos serviços profissionais. Já o hospital D indicou variações no que diz respeito ao valor dos serviços profissionais e à taxa de mortalidade.

Pode-se perceber que as mudanças significativas ficaram concentradas em torno dos valores (total, serviços hospitalares e serviços profissionais). As variáveis número de internações e média de permanência não demonstraram alterações significativas em relação a nenhum hospital. Dado este que deve ser ressaltado, já

que o número de internações está relacionado à produtividade do hospital, à assistência oferecida por este à população. Já a média de permanência está relacionada aos dias que os pacientes ficam internados no hospital, compreendendo um viés qualitativo dos serviços prestados pela unidade de saúde. O acompanhamento deste indicador está associado à maneira como se lida com a gestão do leito hospitalar.

Guerra (2011) aponta que a média de permanência baixa pode indicar altas realizadas antes da hora e mortes que poderiam ser evitadas. Já os prazos de permanência prolongados indicam capacidade reduzida de resolução dos casos. Há a visão de que o leito hospitalar é um recurso caro e deve ser gerido racionalmente de forma que haja vaga para os que realmente necessitam desses recursos, além da questão do risco de aumento de infecção hospitalar. Por estes motivos, a média de permanência está ligada à capacidade resolutive do hospital podendo incluir diversos fatores, desde a qualidade do aparato tecnológico da unidade de saúde, a capacidade da equipe e até questões financeiras do hospital.

Outra variável que pode estar relacionada à qualidade da assistência oferecida por um hospital é a taxa de mortalidade. Esta é considerada um indicador que pode demonstrar aspectos qualitativos dos serviços prestados pelo fato de o óbito estar relacionado a diversos fatores como infecções, medicamentos utilizados de maneira inadequada, erros, tecnologia utilizada de forma imprópria e altas concedidas antes do tempo. À vista disso, a qualidade do serviço prestado ao paciente pode influenciar no aumento ou diminuição do risco de morte (TRAVASSOS; NORONHA; MARTINS, 1999).

No que diz respeito à taxa de mortalidade, dois hospitais demonstraram queda considerável em relação a esta variável. Tal resultado indica que pode ter havido por parte dos hospitais alguma ação no sentido de evitar infecções, utilização de medicamentos apropriados, bem como serviços profissionais adequados, iniciativas estas que de alguma forma auxiliaram na diminuição da taxa de mortalidade. (GUERRA, 2011).

Os dados analisados a partir da comparação entre os serviços prestados quando o hospital era gerido pela administração direta com os dados apresentados após a inserção da organização social demonstram a necessidade de maior acompanhamento pelo poder público e pelas instituições de fiscalização a estas entidades. Apesar de os resultados apontarem melhorias em relação a algumas

variáveis, não se pode afirmar que a gestão dos hospitais pelas organizações sociais trouxe aperfeiçoamento aos serviços de saúde, já que houve variáveis que apresentaram certa constância nos resultados durante o período estudado. A partir das limitações encontradas, foi desenvolvida a proposta de criação do Painel de Resultados das Organizações Sociais com o propósito de sugerir melhorias no acompanhamento do trabalho oferecido pelas organizações sociais de saúde. Proposta esta que será apresentada no próximo capítulo.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O objetivo da proposta de intervenção será indicar melhorias ao processo de fiscalização e acompanhamento realizado pelo poder público aos serviços de saúde prestados pelas organizações sociais. O enfoque dessa proposta será direcionado ao aprimoramento da metodologia utilizada pela administração pública na avaliação do desempenho dessas entidades. Primeiramente, será retratado como funciona os mecanismos de controle que o governo dispõe, para posteriormente sugerir a elaboração do Painel de Resultados das Organizações Sociais com a finalidade de utilização desta ferramenta para fiscalização e controle por parte da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Atualmente, existe na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás a Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde (SCAGES), ela mantém a Gerência de Fiscalização dos Contratos de Gestão (GEFIC), a qual é composta por quatro coordenações conforme apresentado no quadro 4.

Quadro 4- Coordenações que compõem a Gerência de Fiscalização dos Contratos de Gestão

Coordenação de monitoramento e fiscalização dos contratos de gestão (COMFIC)	Coordenação de Economia em Saúde (COES)	Coordenação de Gestão de Resultados (COGER)	Coordenação de Acompanhamento Contábil e Financeiro (CAC)
Monitora e avalia o cumprimento das metas de produção contratadas e a produção de ações e serviços das organizações sociais.	Monitora as atividades econômicas resultantes das prestações de serviços Hospitalares.	Acompanha os resultados dos contratos de gestão com o propósito de: ajustar metas contratadas; atualização de valores de repasses financeiros; inclusão de novos serviços.	Verifica movimentação dos recursos financeiros recebidos e realizados com foco nos aspectos legal, financeiro e contábil.

Fonte: Elabora pela autora conforme dados do site da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (www.saude.go.gov.br, 2018).

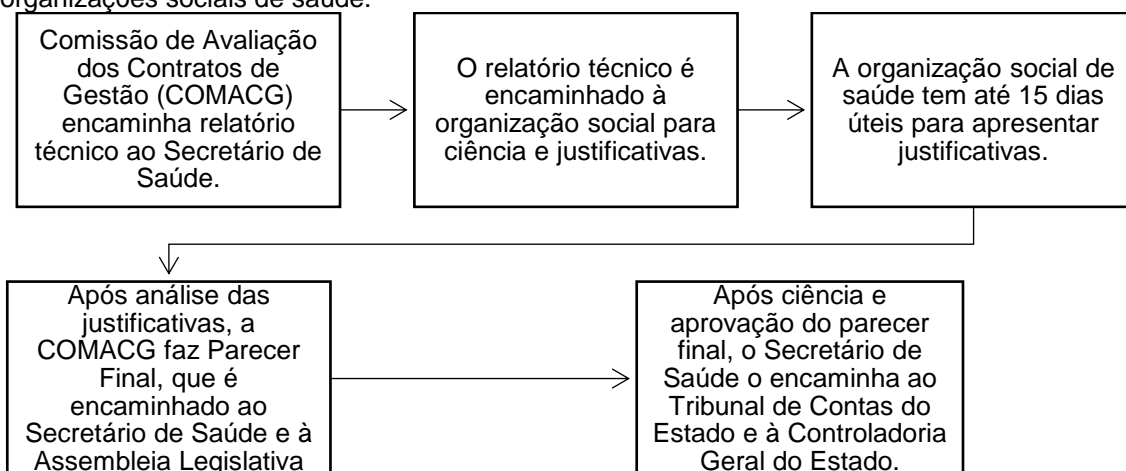
A partir dos dados apresentados no quadro 4, conclui-se que a estrutura organizada para a fiscalização dos serviços compõe um sistema de coordenações, o qual é responsável por acompanhar as organizações sociais nas dimensões: custo operacional, assistência e qualidade.

O monitoramento dos serviços prestados pelas organizações sociais de saúde é realizado sobre duas perspectivas: quantitativa e qualitativa. O contrato de gestão estabelece as metas a serem atingidas e as comissões responsáveis por avaliar os resultados fazem o comparativo entre o que foi contratado e o que foi realizado, a fim de analisar se as metas acordadas entre o poder público e o privado foram atingidas.

A avaliação qualitativa é realizada trimestralmente, ela é nomeada como parte variável porque 10% do valor do orçamento global está vinculado ao cumprimento das metas equivalentes aos indicadores de qualidade. Caso o resultado não seja alcançado, a Secretaria da Saúde pode aplicar punições por meio de descontos nos valores a serem repassados.

A avaliação quantitativa acontece a cada seis meses, é responsável por analisar a quantidade de atividades assistenciais realizadas. Desta forma, verifica as variações que ocorrem tanto para mais como para menos em relação às metas estipuladas no contrato de gestão. Na figura 4, será demonstrado o processo de verificação pela Secretaria de Saúde dos serviços prestados pelas organizações sociais de saúde.

Figura 4 - Processo de verificação pela Secretaria da Saúde de Goiás dos serviços prestados pelas organizações sociais de saúde.



Elaborado pela autora conforme dados do site da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (www.saude.go.gov.br, 2018)

O processo de fiscalização demonstrado na figura 6 apresenta o caminho percorrido para se chegar ao Parecer Final, este é o documento responsável por atestar se a organização social de saúde está de acordo ou não com as exigências do contrato de gestão.

A proposta de melhoria apresentada por este estudo à configuração atual de acompanhamento do trabalho das organizações sociais é direcionada à maneira como a administração pública gerencia os resultados apresentados por estas entidades. As informações exibidas pelo modelo atual, no que diz respeito ao desempenho das atividades, resume-se às metas que foram ou não alcançadas.

O objetivo é indicar uma estrutura organizada dos dados de forma que a Secretaria de Saúde e os órgãos externos de fiscalização tenham visualização prática do trabalho das organizações sociais em uma plataforma na qual estejam dispostos os dados de todos os hospitais. O Painel de Resultados das Organizações Sociais é uma ferramenta que gerencia os resultados com o propósito de construir um sistema de informações capaz de auxiliar o aperfeiçoamento dos trabalhos oferecidos pelos hospitais.

Desta forma, este painel é uma base de dados que dispõe informações relacionadas aos custos, assistência e qualidade dos serviços prestados de forma transparente, interativa e crítica no sentido de promover análises e ponderações sobre os resultados apresentados, por meio de gráficos, tabelas e outros instrumentos que trazem dados a respeito do desempenho dos hospitais. O objetivo é fazer análise crítica dos resultados por meio de correlações estatísticas a fim de identificar problemas e pontos críticos. Além de indicar as áreas com limitações, apresentar também os setores nos quais os hospitais apresentam resultados satisfatórios.

A elaboração desta proposta foi baseada no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais construído pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro em parceria com a Fundação Getúlio Vargas. Eles criaram este Painel com o objetivo de torná-lo uma ferramenta de gestão a fim de aperfeiçoar os mecanismos de acompanhamento, avaliação e controle dos serviços prestados pelas organizações sociais de saúde (LARA; ALCOFORADO; VARGAS, 2013). A seguir serão apresentadas as etapas para a construção do painel.

5.1. Formação do grupo de trabalho

A primeira etapa corresponde à formação do grupo de trabalho, o qual será responsável pela elaboração, execução e acompanhamento do painel. É um grupo

multidisciplinar composto por profissionais de diversas áreas como por exemplo: saúde, estatística e tecnologia da informação. Este é o momento para:

- a) definir papéis e responsabilidades;
- b) estruturar a agenda de trabalho;
- c) elaborar o cronograma da construção do Painel de Resultados das Organizações Sociais.

O painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, modelo que inspirou a proposta de intervenção deste trabalho, foi elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e a Fundação Getúlio Vargas, conforme já citado anteriormente. Da mesma forma, entende-se que este padrão deve ser seguido. Por este motivo, uma das iniciativas na etapa da formação do grupo de trabalho é a estruturação da parceria entre a Secretaria de Saúde Goiás e uma instituição de ensino capacitada para colaborar na produção deste painel.

5.2. Desenvolvimento do Painel

A próxima etapa é a fase de desenvolvimento do painel, está é a oportunidade para determinar quais indicadores serão abordados e como esses dados serão apresentados. A definição das medidas que farão parte do painel contemplará três estágios: diagnóstico, definição de prioridades e seleção de indicadores.

5.2.1. Diagnóstico

O diagnóstico compreende o levantamento de quais informações são relevantes e que devem compor os indicadores apresentados no painel. Para chegar a estes dados, o grupo de trabalho fará um estudo detalhado de quais medidas são utilizadas atualmente para avaliar o desempenho dos hospitais, indicar as limitações desses parâmetros e apontar quais áreas não estão sendo avaliadas e que precisam ser analisadas no processo de acompanhamento das unidades de saúde.

5.2.2. Definição de Prioridades

O painel por ter uma proposta interativa e demonstrar as informações de forma objetiva deve ser o mais sintético possível, por este motivo os dados disponibilizados nesta ferramenta devem conter as informações mais relevantes no que diz respeito à avaliação dos serviços prestados pelas organizações sociais de saúde. Neste caso, haverá a avaliação de cinco dimensões: gestão, assistência, recursos humanos, qualidade e desempenho econômico.

5.2.3. Seleção dos Indicadores

Após a elaboração do diagnóstico e definição das prioridades serão definidos os indicadores que integrarão o painel. Para cada indicador serão estabelecidos objetivo e meta. Nesta etapa serão realizadas as seguintes ações:

- a) apresentar informações detalhadas dos indicadores: nome, objetivo e fórmula de cálculo;
- b) categorização dos indicadores nas dimensões: gestão, assistência, recursos humanos, qualidade e desempenho econômico;
- c) determinar indicadores globais e específicos. **Observação:** devido à particularidade de cada hospital e pelo tipo específico de serviço prestado, há necessidade de medidas específicas de cada hospital. Por este motivo, há os indicadores gerais, os quais farão parte da avaliação de todos hospitais, e os específicos que avaliarão pontos referentes à área de atuação da unidade de saúde;
- d) definir o layout do painel e como serão apresentados os dados: gráficos, tabelas dentro outras formas interativas de apresentação.

5.3. Aplicação do Painel

O objetivo principal da implantação do Painel de Resultados das Organizações Sociais é melhorar a limitação encontrada no que diz respeito ao acompanhamento realizado pela administração pública aos serviços oferecidos pelas organizações sociais. A proposta é gerenciar os dados de forma que sejam levantadas informações que darão suporte para tomar decisões, melhorar os serviços de saúde e avaliar se a

parceria entre o setor público e privado na saúde oferece melhorias nos serviços prestados. Dentre as ações pode-se destacar:

- Dispor os dados de forma mais interativa, por meio de gráficos, tabelas e outros instrumentos que favoreçam mais participação dos cidadãos;
- Promover a auto avaliação dos hospitais a partir do acompanhamento da evolução dos serviços prestados dispostos no Painel;
- Mostrar análise crítica dos resultados por meio de correlações estatísticas;
- Indicar problemas e pontos críticos;
- Exibir áreas nas quais o desempenho é satisfatório.

A execução do Painel será iniciada por uma fase de teste, no qual haverá a alimentação do sistema pelas organizações sociais e posteriormente serão realizados experimentos para avaliação do desempenho da plataforma. Em seguida serão descritos os itens que compõem o menu principal do painel:

1. **Organização Social:** área destinada a cada hospital. É o local onde os dados serão cadastrados para alimentação do sistema.

2. **Desempenho:** área destinada a demonstração de informação da:
 - atividade assistencial – produção e indicadores de qualidade;
 - atividade econômica- financeira – demonstrativo contábil, fluxo de caixa e custos.
 - Indicadores conforme a categorização:
 - gestão
 - assistência
 - recursos humanos
 - qualidade
 - desempenho econômico
 - Evolução: este marcador mostrará o andamento de determinada variável. Desta forma, a pessoa que estiver consultando dados do painel escolherá dentre os indicadores disponíveis e um gráfico apresentará a evolução da variável no período selecionado. Nesta aba

também serão utilizadas análises estatísticas para demonstrar relações entre variáveis.

3. Informações Gerais: área destinada a apresentar documentos.

- Contrato de Gestão
- Relatórios de Execução do Contrato de Gestão
- Bens
- Recursos Humanos

Após a consolidação do Painel de Resultados das Organizações Sociais e sua disposição à sociedade, o grupo de trabalho acompanhará a alimentação do sistema e o andamento dos dados. Uma das informações mais importantes deste painel é a aba Evolução, já que mostrará o caminho percorrido pelo hospital no que tange aos indicadores apresentados, bem como exibirá análises estatísticas dos indicadores.

As informações obtidas por meio dessas análises serão instrumento para tomada de decisão e avaliação do desempenho dos hospitais cuja gestão está sendo realizada por organizações sociais em Goiás. Os dados apresentados pelo Painel de Resultados das Organizações Sociais serão assim, base para a administração pública e os órgãos de fiscalização terem o retorno a respeito da eficácia da relação entre setor público e privado nesse processo de gestão dos hospitais.

A finalidade da introdução dessa metodologia a partir dessa ferramenta, é reunir um volume elevado de informações, organizá-las e disponibilizá-las para análise. Esse se tornou um diferencial nos hospitais com grande demanda de atendimento, pois a solução não apenas aperfeiçoa o desempenho de seus profissionais, como também aprimora a assistência aos pacientes.

A partir desse Painel de Resultados das Organizações Sociais, pode-se avançar e verificar quais os diferentes modelos de acompanhamento de resultados estão possibilitando o desenvolvimento de novas estratégias de gestão caracterizadas por conferir maior versatilidade e funcionalidade aos processos hospitalares.

Ao se considerar esse modelo, verifica-se que o mesmo tem a finalidade de proporcionar avanços quanto ao padrão de dados que fazem parte da rotina de funções administrativas, contábeis e recursos humanos, mas que também tem papel fundamental em ações que vão desde a assistência prestada ao paciente, análise e cruzamento de dados para a geração de informações acertadas para a fiscalização e acompanhamento das organizações sociais por meio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Nesse contexto de gestão hospitalar por meio das Organizações Sociais, as ferramentas tecnológicas surgem como tendência para a solução de problemas que fazem parte da rotina das instituições, melhorando assim a produtividade exigida das organizações sociais pelo Estado e garantindo maior controle dos resultados dessa relação público-privada.

Nesse sentido pode-se indicar o uso de alguns recursos específicos já disponíveis e adaptáveis para a área hospitalar. A ampliação do uso desses recursos, que tornam mais eficiente, seguro e de qualidade o funcionamento dos hospitais públicos, principalmente quando a gestão destes não são feitas diretamente pelo Estado.

Dentre as várias ferramentas e tecnologias inteligentes utilizadas na área da saúde, tem-se o **Business Intelligence (BI)** que é um conjunto de aplicações utilizadas para organizar e estruturar os dados de uma determinada instituição com vistas a possibilitar análises que auxiliem na tomada de decisões inteligentes, nesse caso servirá de base para a fiscalização e acompanhamento das melhorias a serem implementadas a partir da gestão das organizações sociais no estado de Goiás. Em conjunto com o Painel de Resultados das Organizações Sociais, o BI também contribui para a implementação de uma gestão corporativa estratégica e mais eficaz. (FRIDMAN, 2017).

Segundo Fridman (2017), na área da saúde o BI tem sua importância centrada no controle de todos os setores de uma instituição de saúde. Essa ação, que facilita a vida do gestor a frente a gestão da instituição e possibilita a criação de planos de ação que resolvam os mais diversos tipos de problemas de uma forma organizada e orientada a resultados. Além disso, elas também são capazes de identificar padrões e tendências que resultam em análises que são usadas para o estabelecimento de metas a serem seguidas para que os resultados positivos possam ser alcançados. Assim, torna-se mais fácil, viável e seguro para os gestores da Secretaria de Estado

da Saúde de Goiás elaborar planos de fiscalização e acompanhamento que funcionem como guias para a gestão de hospitais públicos em Goiás.

Além desse instrumento, dependendo da necessidade de fiscalização e acompanhamento, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás poderá buscar outros instrumentos que venham a utilizar os dados armazenados no Painel de Resultados das Organizações Sociais, que podem subsidiar outros programas e metodologias que facilitem a tomada de decisão por melhores resultados desta relação público privada.

6 CONTRIBUIÇÃO SOCIAL e TECNOLÓGICA

Pode-se destacar três contribuições importantes neste trabalho, o primeiro aspecto diz respeito ao assunto abordado que é a saúde, está é considerada como direito social pela Constituição Federal de 1988. O tema torna-se mais relevante por causa do contexto que a saúde foi retratada neste estudo, no caso, a inserção de uma nova figura no contexto da gestão dos hospitais, a denominada organização social.

A proposta de avaliar os hospitais que antes eram geridos diretamente pela administração pública e que atualmente são administrados pelas organizações sociais teve como propósito averiguar se a parceria entre o público e o privado na gestão da saúde promoveu melhorias. Desta feita, uma das finalidades deste estudo foi averiguar se a gestão privada na saúde trouxe um bom retorno para a sociedade.

Outra contribuição que pode ser destacada a partir desta pesquisa foi a inserção de ferramentas de tecnologia na gestão dos serviços públicos de saúde. A utilização da tecnologia da informação favorece o acesso, a organização e o melhor gerenciamento dos dados. Um dos aspectos mais positivos da utilização desses mecanismos é a produção de informações que viabiliza a tomada de decisão e o acompanhamento da política adotada pelo poder público.

No caso específico deste trabalho, o Painel de Resultados das Organizações Sociais pode ser um instrumento que dê a administração pública o panorama necessário para que ela mantenha a gestão privada na condução dos hospitais ou se posicione no sentido de retornar o gerenciamento dos hospitais à administração direta.

Entende-se que a proposta das ferramentas tecnológicas na gestão da saúde deve ir além de responder ao questionamento apresentado acima. São instrumentos que o Estado de Goiás pode utilizar para melhorar o desempenho dos serviços de saúde oferecidos à população por meio de acompanhamento e análises críticas dos dados apresentados.

A última contribuição a ser ressaltada neste estudo diz respeito à composição do grupo de trabalho responsável por construir o Painel de Resultados das Organizações Sociais. O destaque é para a parceria desenvolvida entre a Secretaria de Saúde e a Instituição de Ensino.

A construção dos indicadores, as análises críticas dos resultados e o acompanhamento da performance do Painel de Resultados das Organizações Sociais

dependem de profissionais habilitados na área para o bom acompanhamento desta ferramenta. A Instituição de ensino pode contribuir com pesquisas, conhecimento e com isso enriquecer o processo de acompanhamento e monitoramento dos serviços prestados em saúde.

Desta forma, espera-se que a relevância do tema abordado aliado à utilização de ferramentas tecnológicas e o conhecimento disponibilizado pela Instituição de Ensino potencialize o acompanhamento dos serviços prestados em saúde pelas organizações sociais.

No próximo capítulo serão apresentadas as discussões finais do trabalho, as quais apresentarão as conclusões do estudo em relação a análise realizada às organizações sociais na gestão de hospitais públicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou o desempenho de quatro hospitais públicos do Estado de Goiás que já foram dirigidos pela administração direta e atualmente são geridos por organizações sociais. Comparou-se o desempenho destes hospitais antes e depois da inserção da gestão privada nos quesitos: custos (valor total, valor dos serviços profissionais e valor dos serviços hospitalares), assistência (número de internações) e qualidade (média de permanência e taxa de mortalidade).

O estudo teve como objetivo propor um roteiro para a construção do Painel de Resultados das Organizações Sociais para servir de base à Secretaria de Saúde do Estado de Goiás desenvolver melhor acompanhamento, fiscalização e controle dos serviços prestados pelas entidades privadas que estão na gestão dos hospitais públicos.

Constatou-se neste trabalho que as mudanças tiveram concentração maior nas variáveis relacionadas aos valores. Dentre as quatro unidades de saúde estudadas, o hospital B não apresentou alterações em relação a nenhuma variável. Averiguou-se também que as variáveis número de internações e média de permanência não apresentaram mudanças estatisticamente significativas em nenhum dos hospitais estudados.

A taxa de mortalidade apresentou melhorias em dois hospitais, hospital A e D. De acordo com Guerra (2011), a diminuição desta taxa nas unidades de saúde pode indicar ações que indicam o cumprimento e adequações de normas estabelecidas pelo SUS como: evitar infecções, utilizar medicamentos apropriados, bem como realizar serviços profissionais adequados.

Em suma, os dados mostraram que os custos aumentaram, houve melhorias qualitativas em dois hospitais no que diz respeito à taxa de mortalidade e quanto às outras variáveis houve certa constância na prestação dos serviços. Desta forma, a gestão dos hospitais públicos pelas organizações sociais não indicou pioras, porém não demonstrou melhorias no que se refere ao aperfeiçoamento do trabalho realizado. Isto é, a comparação entre os serviços prestados pela administração direta e pela organização social apontou continuidade no desempenho de ambas.

Estes são resultados que demonstram a necessidade de melhor acompanhamento e fiscalização dos serviços prestados pelas organizações sociais de saúde. Os mecanismos de avaliação e a estrutura organizada para monitorar as atividades destas entidades requer avaliação contínua. Isto porque, conforme discutido no referencial teórico deste trabalho, uma das justificativas para a inserção da gestão privada na saúde era a busca por serviços mais eficientes. Os dados analisados mostraram que houve certa constância nos trabalhos ofertados antes e após a inserção da organização social, o que gera questionamentos a respeito das motivações propostas no que diz respeito à maior eficiência nos serviços prestados por estas entidades.

Perante este cenário, espera-se que a ferramenta de acompanhamento dos trabalhos ofertados pelas organizações sociais de saúde, neste caso, o Painel dos Resultados das Organizações Sociais fortaleça os mecanismos de fiscalização e aperfeiçoe a gestão dos hospitais.

Uma das limitações deste trabalho diz respeito à quantidade de variáveis estudadas. Desta feita, seria necessário o estudo de outros indicadores a fim de se ter uma visão maior e mais completa de como está a dinâmica e o desempenho dos serviços oferecidos pelas organizações sociais de saúde. Outra limitação do estudo diz respeito ao tamanho da amostra, a pequena quantidade de hospitais estudados restringe a representatividade do estudo.

Conforme discutido anteriormente, em relação aos valores repassados pelo SUS aos hospitais, a grande parte apresentou uma tendência crescente. Para construir um melhor panorama e fazer conclusões a respeito dos custos que as organizações sociais representam para a saúde pública seria necessário a realização de análise dos valores repassados pelo Estado de Goiás antes da implantação das organizações sociais e depois da inserção destas entidades no contexto da saúde pública, já que este trabalho analisou apenas os repasses do SUS. Esta é uma proposta para estudos futuros, tal pesquisa seria importante para observar se no prisma orçamentário, as organizações sociais ficaram mais dispendiosas para os cofres públicos.

Outra proposta de estudos futuros seria aliar a pesquisa quantitativa à pesquisa qualitativa, ou seja, seria interessante entrevistas com pacientes internados nos hospitais, com funcionários do hospital, gestores da Secretaria de Saúde a fim de aprofundar o conhecimento sobre a realidade destas unidades de saúde. A

perspectiva qualitativa potencializa e oferece maior clareza e robustez aos dados analisados.

Finalmente, entende-se que a conexão entre monitoramento efetivo, ferramentas de tecnologia e instituições de ensino podem ser aliados do Estado no sentido de acompanhar os serviços prestados em saúde. O desenvolvimento de mecanismos sólidos de avaliação dos dados oferece ao poder público base para que decisões sejam tomadas, inclusive para considerar se a parceria entre o setor público e privado é uma relação vantajosa para a administração pública e para a sociedade.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, Edição Especial Comemorativa, p. 67-86, 1967-2007.

ADMINISTRAÇÃO, Centro Latino-Americano de (CLAD). Uma nova gestão pública para a América Latina. **Revista do Serviço Público**, ano 50, n.1, jan./mar. 1999.

ADRIANO, E. R. et al. **Projeto de Diagnóstico e Melhoria do Gerenciamento de Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo**. In: Congresso do Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração, 6, Brasília. 2013. Anais. Brasília: Conselho Nacional de Secretário de Estado da Administração.

ALCOFORADO, F.; MORAES, T. C. Responsabilização na gestão das políticas públicas e a contratualização com organizações Sociais. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Bahia, n. 15, set./out./nov. 2008.

ANDREAZZI, M. F. S. de; BRAVO, M. I. S. Privatization of management and social organizations in health care. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 499-518, 2014.

BARATA, L. R. B; MENDES, J. D. V. Organizações sociais de saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo. Mimeo, São Paulo, jul., 2007.

BARBOSA, N. B. et al. As Organizações Sociais de Saúde como forma de gestão público-privada em Goiás – o caso HUANA. **Revista do Serviço Público**, v. 66, n. 1, p. 121-144, jan./mar. 2015.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Rev. adm. saúde**, v. 3, n. 12, p. 21-8, jul./set. 2001.

BORGES, F. T. et al. **Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: o papel das Organizações Sociais de Saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília, 1997b. (Cadernos MARE da Reforma do Estado).

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma do Aparelho do Estado e as mudanças constitucionais**. Brasília, 1997a. (Cadernos MARE da Reforma do Estado).

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 9637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 15 maio. 1998.

BRASIL. Presidência da República. **Plano diretor da reforma do aparelho de estado**. Brasília: Presidência da República, Câmara da reforma do Estado, Ministério da Administração e da Reforma do Estado, 1995.

BRESSER-PEREIRA. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 120, n. 1, jan./abr. 1996.

BRESSER-PEREIRA. L. C. Reforma gerencial e legitimação do Estado social. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 147-156, jan./fev. 2017.

BRESSER-PEREIRA. L. C. Uma reforma gerencial da Administração Pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**, ano 49, n.1, jan./mar. 1998.

CARNEIRO JUNIOR, N. **O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde**. 2002. 211f. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

COELHO, V. S. P.; GREVE, J. Social Health Organizations and the Performance of the SUS: A Study on Basic Healthcare in São Paulo. **Dados**, v. 59, n. 3, p. 867-901, 2016.

COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003.

COSTA, N. R. et al. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 193-228, mar./abr. 2001.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. n.1, p. 15-43, 2016.

DUARTE, I. G. **Características dos modelos de gestão das organizações sociais contratadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para o gerenciamento de hospitais**. 2009. 167f. Tese (Doutorado em Ciências), Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo.

DUARTE, T. S. B. et al. **Balanço do diagnóstico do gerenciamento dos contratos de gestão com OS no Estado de São Paulo e propostas para o seu aprimoramento**. In: Congresso do Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração, 6, Brasília. 2013. Anais. Brasília: Conselho Nacional de Secretário de Estado da Administração.

FARIA, C. A. P. de. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 20, n. 59, 2005.

FERREIRA JUNIOR, W. C. F. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 243-64, mar./abr. 2003.

FRANZESE, C. **O Governo do Estado de São Paulo e as organizações sociais: tensões entre autonomia e controle**. In: Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 17, Cartagena, Colombia, 2012.

FRIDMAN, Salomão. **Como o BI atua na gestão hospitalar?** **Revista Decision Report**, março de 2017. Disponível em: <http://www.ce1.com.br/publicacoes>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2018.

GERHARDT, T. E.; SOUZA, A. C. de. Aspectos teóricos e conceituais. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, p. 11-29, 2009.

GOIÁS. Lei n. 15.503 de 28 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais estaduais, disciplina o procedimento de chamamento e seleção públicos e dá outras providências. **Diário Oficial [do Estado de Goiás]**, Goiânia, Go, 09 jan. 2006.

GUERRA, M. **Análise de desempenho de organizações hospitalares**. 2011. 144f. Dissertação (Mestrado em Contabilidade e Controladoria), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

GUERRA, C. B. **Gestão privada na saúde pública: um estudo empírico com hospitais sob contrato de gestão no estado de São Paulo**. 2015. 60f. Dissertação (Mestrado em Administração), Instituto de Ensino e Pesquisa, São Paulo.

KLERING, L. R.; PORSSE, M. C. S.; GUADAGNIN, L. A. Novos caminhos da administração pública brasileira. **Análise**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p.4-17, jan./jun. 2010.

LARSON, R.; FARBER, B. **Estatística Aplicada**. 4. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

MADUREIRA, E. M. P. Da grande depressão ao welfare state: mudanças no conceito de desenvolvimento econômico. **Revista Thêma et Scientia**, vol.1, n.1, jan./jun. 2011.

MATIAS-PEREIRA, J. Administração pública comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Europeia. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.42, n. 1, p. 61-82, jan./fev. 2008.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. 2003. 401f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

NOGUEIRA, C. S. **Gestão de um hospital público municipal em parceria com uma organização social de saúde: um estudo de caso.** 2011. 72f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Católica de Santos, São Paulo.

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. 154f. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PAULA, A. P. P. de. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea.** Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PEREIRA, R. N. **Governança corporativa no modelo da organização social de saúde do Estado de São Paulo.** 2014. 106f. Dissertação (Mestrado em Administração). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

PINHO, J. A. G. de. Reforma do Aparelho do Estado: limites do gerencialismo frente ao patrimonialismo. **O & S**, v. 5, n. 12, mai./ago. 1998.

QUINHÕES, T. A. T. **Análise de um novo modelo de governança para hospitais públicos no Brasil segundo a abordagem dos custos de transação: o caso das organizações sociais no estado de São Paulo.** 2008. 168f. Tese (Doutorado em Administração), Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

REZENDE, F. C. O ajuste gerencial e seus limites: a falha sequencial em perspectiva comparada. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 16, número suplementar, p. 127-143, ago. 2008.

SANO, H. **Nova Gestão Pública e Accountability: o caso das organizações sociais paulistas.** 2003. 109f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo). Escola de Administração de Empresas em São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de empresas**, São Paulo, v. 48, n. 3, 2008.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro, v. 43, n. 2. P. 347-369, mar./abr. 2009.

SIPAGEH. **Sistema de Indicadores Padronizados para a Gestão Hospitalar.** (2008). Disponível em: <http://www.projeto.unisinos.br/sipageh/>. Acesso em: 25 maio 2017.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45, 2006.

TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C. de; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 367-381, 1999.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. van. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p.529-550, mai./jun. 2008.

TURINO, F. et al. Organizações sociais de saúde nos hospitais públicos do Estado do Espírito Santo. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 96-101, jan./mar. 2016.

VIEIRA, S.; HOSNE, W. S. **Metodologia científica para a área da saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

VIGNOCHI, L.; GONÇALO, C. R.; LEZANA, A. G. R. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 496-509, set./out. 2014.