Novos modelos de gestão no SUS

e as relações interinstitucionais de controle em foco

Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Hélder Freire Pacheco
Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Francisco de Assis da Silva Santos

Organizadores

Editora UFPE

Novos modelos de gestão no SUS

e as relações interinstitucionais de controle em foco

Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Hélder Freire Pacheco
Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Francisco de Assis da Silva Santos

Organizadores

Editora UFPE

Recife
2021

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfílmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos e videográficos. Vedadas a memorização e/ou a recuperação total ou parcial em qualquer sistema de processamento de dados e a inclusão de qualquer parte da obra em qualquer programa juscibernético. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração.

Catalogação na fonte:
Bibliotecária Kalina Ligia França da Silva, CRB4-1408

N945 Novos modelos de gestão no SUS e as relações interinstitucionais de controle em foco [recurso eletrônico] / organizadores : Garibaldi Dantas Gurgel Junior... [et al.]. – Recife : Ed. UFPE, 2021.

Vários autores
Inclui referências.
ISBN 978-65-5962-003-6 (online)

1. Sistema Único de saúde (Brasil) – Avaliação. 2. Saúde Pública – Brasil – Administração. 3. Política de saúde – Brasil. 4. Reforma do sistema de saúde – Brasil. 5. Administração pública – Avaliação. I. Gurgel Junior, Garibaldi Dantas (Org.).

362.10981 CDD (23.ed.) UFPE (BC2021-001)

Editora UFPE

Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20, Várzea
Recife, PE | CEP: 50.740-530
Fone: (81) 2126.8397 | Fax: (81) 2126.8395
www.ufpe.br/edufpe | livraria@edufpe.com.br

Prefácio

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), ancorado no reconhecimento do direito universal à saúde, tem sido, ao longo dos últimos 31 anos, marcado por avanços na formulação e implementação de políticas e programas voltados à expansão da oferta e acessibilidade aos serviços, especialmente no âmbito da atenção básica, com resultados significativos em termos da melhoria das condições de saúde da população, como atestam inúmeros trabalhos publicados nesse período.

Simultaneamente, esse processo tem enfrentado grandes problemas, a exemplo do subfinanciamento crônico, que impacta seriamente as possibilidades de expansão da infraestrutura e, consequentemente, da oferta dos serviços, que também sofrem os efeitos das enormes dificuldades enfrentadas no âmbito da gestão e da gerência dos serviços. Neste particular, observa-se o tensionamento entre os esforços de mudança e modernização da administração pública brasileira com a permanência de práticas tradicionais e, muitas vezes, deficiências de qualificação dos quadros dirigentes e técnicos.

Como se sabe, o processo de Reforma do Estado desencadeado na década de 1990 tem conduzido a mudanças nas formas de gestão de unidades de saúde complexas, a exemplo dos hospitais, e também induzido os governos estaduais e municipais a experimentarem novas modalidades de gestão que redimensionam as relações entre o estatal, o público e o privado. Com a introdução desses modelos, ampliaram-se os desenhos institucionais propostos como alternativas para a rede de

serviços públicos de saúde. Além dos modelos adotados inicialmente, a exemplo das organizações sociais, outros foram introduzidos, como as Fundações Estatais de Direito Privado, consórcios públicos, parcerias público-privadas e, mais recentemente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Além disso, a implementação de um "SUS federativo" tem implicado a criação de novas instâncias de decisão nas diversas esferas de governo e estimulado a organização e a participação dos gestores em órgãos colegiados, ao lado do grande esforço feito em torno da consolidação dos Conselhos de Saúde, instâncias de gestão participativa que contemplam a representação dos vários segmentos sociais – gestores, prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários – interessados na consolidação do SUS e na defesa da democracia na saúde.

No momento atual, em que os princípios e diretrizes constitucionais do SUS encontram-se ameaçados pelas recentes medidas de contenção dos gastos sociais (Emenda Constitucional 95/2016) e mudanças significativas na condução das políticas de saúde, tornam-se essenciais o desenvolvimento de pesquisas sobre os resultados alcançados e o debate em torno dos problemas a serem enfrentados, no sentido de garantir a continuidade do SUS constitucional.

Especificamente no que diz respeito à gestão, diante da complexidade e da multiplicidade de aspectos políticos, técnicos, administrativos, econômicos e éticos que permeiam o cotidiano das relações entre o público e o privado, torna-se imprescindível o investimento em estudos e pesquisas capazes de produzir informações sobre as políticas e práticas gerenciais em curso, identificando constrangimentos e fragilidades a serem superados.

Nesse sentido, ressalto que este breve preâmbulo serve para enaltecer o livro que tenho a honra de apresentar. Reflete em todo o seu conteúdo o esforço de pesquisadores que se desafiaram a refletir sobre temas complexos que permeiam o enlace gestão e regulação. Os capítulos que compõem a obra integram argumentos e reflexões sobre a administração pública no Brasil tomando o cotidiano da saúde como foco de análise.

Os estudos produzidos pelos autores oferecem aos leitores um conjunto de abordagens conceituais, teóricas, metodológicas e analíticas de questões vinculadas aos determinantes e efeitos produzidos pelos novos modelos de gestão pública, com destaque para os mecanismos de governança, planejamento, regionalização, regulação e papel dos órgãos de controle e fiscalização do Estado.

Parabenizamos os organizadores pela iniciativa desta publicação e pela qualidade da contribuição científica disponibilizada para o conjunto de docentes, pesquisadores, estudantes, gestores e trabalhadores do SUS que certamente se beneficiarão da leitura e reflexão sobre os temas abordados nos capítulos que compõem o livro, o qual vem preencher uma lacuna na literatura científica brasileira. Esperamos que esta obra fomente o debate e estimule novas questões de estudo capazes de subsidiar a formulação e o aperfeiçoamento da gestão pública no Brasil.

Isabela Cardoso de M. Pinto

Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

Apresentação

Em quase uma década, o Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde do Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE tem investigado temas cada vez mais incluídos na agenda de prioridades da administração pública da saúde no Brasil. A organização do SUS e a reforma setorial têm sido contempladas nos estudos desenvolvidos pelo grupo, de forma mais específica no que diz respeito às redes de atenção, à governança e regulação em saúde – temáticas imprescindíveis para a discussão das políticas públicas de saúde em qualquer espaço interfederativo.

Em 2016, a pesquisa intitulada "Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)", financiada pelo edital IAM-PROEP-FACEPE, perpassou pelos tópicos mencionados, possibilitando a consolidação de várias experiências teórico-empíricas.

A produção oriunda desse grupo de pesquisa resultou no livro *Novos modelos de gestão no SUS e as relações interinstitucionais de controle em foco*, o qual busca reunir estudos que apresentam os desdobramentos das transformações do processo de reforma estrutural do setor público em curso no País. A política de reforma setorial da saúde possibilita a organização do sistema público de saúde no âmbito regional, compreendendo as relações de poder nos espaços intergovernamentais, além de formalizar os sistemas de controle, avaliação e auditoria, sobretudo após o Decreto Presidencial 7.508-11.

O livro se divide em um conjunto de dez capítulos, com abordagens quanti-qualitativas baseadas em métodos descritivos e analíticos. A obra incorpora uma multiplicidade de conhecimentos novos e saberes, possibilitando ao leitor uma ampla visão da temática, trazendo conhecimentos e práticas da gestão pública em saúde que evidenciam as necessidades e peculiaridades de organizações de diferentes áreas de atuação e esferas de governo.

O primeiro capítulo do livro pode ser visto como uma introdução geral à "Nova Gestão Pública», elaborado a partir de um ensaio teórico. O argumento central é o de que a governança é indissociável a dois outros elementos: governabilidade e responsividade – sendo esta tríade delineada em redes de organizações governamentais e não governamentais na coprodução de políticas públicas. Desafios surgem com a incorporação de novas naturezas jurídicas, como as organizações sociais (OS) na rede pública de saúde do SUS, estabelecendo nessa tríade o papel de observação ética e transparência na tomada de decisão entre os gestores no âmbito do processo de discussão/negociação/pactuação.

Com o propósito de trazer contribuições mais claras acerca da discussão sobre novos modelos de gestão em hospitais públicos, o segundo capítulo traz, por meio de análise baseada em literatura comparada, algumas práticas que evidenciam os caminhos percorridos para incorporação de intervenções inovadoras no âmbito do Estado brasileiro. O capítulo aponta que as experiências em uma unidade federada são transferidas para outros estados, regiões e, até mesmo, municípios onde existe convergência de propósitos políticos. Porém, fazem-se necessárias uma pactuação adequada e a presença de órgãos de controle externo, além da própria sociedade na sua fiscalização, como principal impactada por avanços ou retrocessos do serviço público de saúde no processo de reforma setorial.

O terceiro capítulo analisa o modelo de gestão dos serviços de saúde através das organizações sociais, sob a ótica do controle externo exercido pelo Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. Entre as principais evidências do estudo, destaca-se a crescente flexibilização no gerenciamento das unidades de saúde e, em especial, na gestão de

recursos humanos. Também se verifica que o processo de regulação pública precisa se estruturar para uma melhor atuação das autoridades sanitárias de estado, em relação aos novos atores institucionais e agentes econômicos que prestam serviços ao SUS. Além disso, aponta a necessidade de uma interação maior entre os diversos órgãos de controle que fiscalizam o Terceiro Setor, de forma a contribuir no aperfeiçoamento do modelo de gestão adotado.

O quarto capítulo busca analisar os motivos que levaram os gestores de saúde a aderirem à transferência da gestão dos serviços de saúde para as organizações do Terceiro Setor, instituições de caráter privado, não pertencentes à estrutura governamental e sem fins lucrativos. Fatores que se conjugam motivaram os gestores, como a Lei de Responsabilidade Fiscal, a excessiva burocracia e a morosidade do sistema público na contratação e demissão de profissionais. Entretanto, os gestores municipais não se isentam das suas responsabilidades sanitárias no atendimento das necessidades da população, nem são os modelos de transferência de gestão as únicas alternativas capazes de equacionar os problemas gerenciais do SUS.

O quinto capítulo parte da premissa de que a Nova Gestão Pública da saúde impõe desafios cotidianos aos gestores, profissionais, pesquisadores e, até mesmo, aos órgãos de controle que possuem como objetivo final garantir a melhor prestação de serviços à sociedade. Para isso, é realizada uma análise dos tipos de contratações existentes apresentadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em cada cidade do estado de Pernambuco, identificando quais os impactos sobre indicadores fiscais, de saúde e de produtividade. Os principais resultados encontrados são relevantes por evidenciarem que o aumento de vínculos não estatais não necessariamente melhora a atenção prestada à sociedade. Entretanto, caso haja estímulos corretos e mecanismos adequados de monitoramento e controle, merecem melhor análise os achados que apontam para possíveis benefícios tanto na atenção básica como em indicadores de média complexidade.

O sexto capítulo consiste numa análise do processo de regionalização do SUS em Pernambuco na perspectiva dos membros das câmaras

técnicas, como espaços de governança institucional, considerando os dilemas e os desafios existentes e as especificidades da configuração do sistema de saúde no estado. Pela percepção dos membros, há insuficiência de recursos financeiros, que dificulta a implementação de medidas de regionalização no estado. Observa-se uma relação conflitiva na execução do processo de planejamento ascendente e integrado quanto às estratégias de regionalização, vivenciando os municípios dificuldades que extrapolam os seus limites legais, jurisdicionais, administrativos e financeiros.

O sétimo capítulo foi elaborado a partir da reflexão sobre o Sistema Nacional de Auditoria e a descentralização do SUS ocorrida nos últimos anos, no contexto da Reforma Administrativa do Estado. Procurou-se descrever as características das auditorias realizadas pelo Sistema Nacional de Auditoria nos Serviços de Saúde no Recife (PE) comparando-as com o que é preconizado à luz das diretrizes do SUS e da Constituição Federal de 1988. Foram evidenciados avanços através do processo de descentralização do sistema, com estrutura legal definindo que as ações de auditoria devem ser descentralizadas e realizadas pelos componentes federal, estadual, municipal e pelo Distrito Federal de forma integrada. Entretanto, ainda há espaços para potencializar a integração entre os três componentes de auditoria para que a coordenação do sistema ocorra de forma efetiva no sentido de contribuir com a melhoria do desempenho do sistema de saúde, numa ação de gestão estratégica conjunta, e não apenas como formalidade prevista na legislação do SUS.

O oitavo e nono capítulos se complementam, pois descrevem e analisam a auditoria como uma ferramenta que visa à melhoria da qualidade da gestão e responsabilização sobre as políticas. Contemplam estudos de casos que objetivaram analisar o componente de auditoria interna do SUS em Pernambuco, segundo suas características operacionais e percepção dos seus auditores, no período de 2010 a 2018. A tendência das auditorias ao longo do período estudado revelou algumas evidências que, associadas ao contexto da gestão, apresentam relevância para a tomada da decisão. O componente estadual está

desempenhando um papel importante para a qualificação das auditorias, de acordo com competência pautada no Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Por outro lado, há necessidade de ampliar a implantação de forma mais efetiva dos componentes municipais em Pernambuco.

O último capítulo se propõe a apresentar o esboço do funcionamento da auditoria no SUS presente nos municípios e seus desdobramentos, fomentando a discussão da auditoria como função pública e como instrumento de fortalecimento da gestão. O componente municipal de auditoria se apresenta apenas em alguns municípios, fato que repercute na gestão do SUS. Isso enfraquece as ações de controles específicos necessárias no processo de governança e a efetividade do sistema local de saúde. Percebe-se que o mapeamento do componente de auditoria dos municípios no estado se encontra fragilizado, estando em processo de modesta implementação, o que gera uma alta demanda ao componente estadual.

Esperamos, sobretudo, que este livro seja útil a pesquisadores, gestores e trabalhadores do SUS e que, de alguma forma, se incorpore às discussões e experiências no sentido de buscar continuamente evidências práticas da governança, e assim produzir impacto na gestão pública. O bom conhecimento é aquele que, além de ser compartilhado, é passível de análise crítica; e isso é valioso para o aperfeiçoamento do nosso trabalho de pesquisa.

Os organizadores

Autores

Adriana Maria Gomes Nascimento Leite

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE. Servidora do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco

Alexandre Bayer

Auditor Chefe da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – PE, Hospital das Clínicas

Arthur Jonathan do Nascimento Carneiro

Sanitarista pela Universidade Federal de Pernambuco - PE

Bruna de Almeida Prado

Sanitarista pela Universidade Federal de Pernambuco - PE

Bruna Mariana Coutinho

Enfermeira. Residência em Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Clebiana Estela de Souza

Sanitarista Especialista pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco do Centro Acadêmico de Vitoria de Santo Antão, PE

Cleibson Barbosa da Silva

Enfermeiro. Especialista em MBA de Auditoria em Serviço de Saúde

Cezar Augusto Cerqueira

Estatístico. Doutor em Demografia/UFMG. Docente da Universidade Católica de Pernambuco - PE

Débora Soledade de Oliveira

Enfermeira Sanitarista. Responsável Técnica do Centro de Testagem e Aconselhamento da Secretaria de Saúde-Prefeitura de Ipojuca/PE

Eliane Maria Medeiros Leal

Enfermeira sanitarista. Doutoranda em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE. Enfermeira Estatutária do Instituto Municipal de Estratégia da Saúde da Família, Porto Alegre/RS

Erlene Roberta Ribeiro Dos Santos

Biomédica Sanitarista. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento- UFPE. Docente do Centro Acadêmico de Vitória/UFPE

Flávia Gymena Silva de Andrade

Enfermeira. Mestre em Educação no Ensino de Ciências. Docente no Curso de Bacharelado em Enfermagem (UNIFAVIP)

Flávio Renato Barros da Guarda

Educador Físico Sanitarista. Doutor em Saúde Pública – IAM/FIOCRUZ/PE. Docente do Centro Acadêmico de Vitória/UFPE

Francisco de Assis da Silva Santos

Fisioterapeuta Sanitarista. Doutor em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal de Pernambuco e do Centro Universitário Tabosa de Almeida

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Médico. PhD em Políticas Públicas pela Universidade de Manchester. Pesquisador do Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Gizele da Silva Lima

Sanitarista pela Universidade Federal de Pernambuco - PE

Hélder Freire Pacheco

Enfermeiro Sanitarista. Doutorando em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Heleno José Barbosa Neto

Fisioterapeuta. Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde na Escola de Governo em Saúde Pública/PE

Julianne Melo dos Santos Melquiades

Enfermeira/Bióloga Sanitarista. Mestranda em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE. Enfermeira Assistencial do Hospital Santa Joana/Recife.

Kátia Rejane de Medeiros

Assistente Social. Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Marília Barbosa Coutinho

Sanitarista pela Universidade Federal de Pernambuco - PE

Oscar Felipe Falcão Raposo

Estatístico. Doutor em Saúde Pública. Docente no Curso de Bacharelado em Estatística na Universidade Federal de Sergipe.

Renan Carlos Freitas da Silva

Sanitarista. Mestre em Saúde Coletiva - UFPE

Renata Alves Gomes Villani

Enfermeira. Doutoranda em Doutorando em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE. Professora Assistente UPE-Garanhuns

Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Cirurgiã Dentista. Doutora em Saúde Pública. Docente do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz/PE

Vânia Nazaré da Costa Silva

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva e em Gestão de Serviços de Saúde do Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz/PE

Vilma Dornelas da Silva

Psicóloga. Mestre em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE. Servidora da Secretaria de Saúde do Recife e da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco

Sumário

1 Governança, governabilidade e responsividade na Nova Gestão Pública do SUS 17

Garibaldi Dantas Gurgel Junior, Hélder Freire Pacheco, Renata Alves Gomes Villani e Julianne Melo dos Santos Melquíades

2 Novos modelos de gestão hospitalar: uma análise do caso de Pernambuco a partir da literatura comparada 50

Francisco de Assis da Silva Santos, Flávia Gymena Silva de Andrade, Hélder Freire Pacheco e Kátia Rejane Medeiros

3 Organizações sociais de saúde e o controle externo: uma análise a partir do Tribunal de Contas de Pernambuco 77

Adriana Maria Gomes Nascimento Leite e Hélder Freire Pacheco

4 Motivações para expansão de modelos de gestão não estatais no SUS: a percepção dos gestores da Saúde Pública de municípios de médio e pequeno porte em Pernambuco 102

Heleno José Barbosa Neto, Francisco de Assis da Silva Santos e Hélder Freire Pacheco

5 Diferentes modelos de gestão em municípios pernambucanos: uma análise a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES e os reflexos sobre os indicadores de saúde, de produtividade e fiscais 125

Francisco de Assis da Silva Santos, Oscar Felipe Falcão Raposo, Flávia Gymena Silva de Andrade e Garibaldi Dantas Gurgel Junior

6 A condução da regionalização do SUS em Pernambuco na perspectiva dos membros das câmaras técnicas regionais 146

Débora Soledade de Oliveira, Francisco de Assis Silva Santos, Hélder Freire Pacheco e Garibaldi Dantas Gurgel Junior

7 Sistema Nacional de Auditoria no Sistema Único de Saúde: desafios para coordenação 165

Vilma Dornelas da Silva, Katia Rejane de Medeiros, Garibaldi Dantas Gurgel Junior e Sydia Rosana de Araujo Oliveira

8 Auditoria do Sistema Único de Saúde: um estudo de caso do Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco (CEA/SUS/PE), 2010-2013 186

Bruna Mariana Coutinho e Hélder Freire Pacheco

9 Auditorias em Pernambuco: o cenário do Componente Estadual no período de 2014 a 2018 207

Vânia Nazaré da Costa Silva, Eliane Maria Medeiros Leal, Cleibson Barbosa da Silva, Bruna de Almeida Prado, Marília Barbosa Coutinho, Gizele da Silva Lima, Arthur Jonathan do Nascimento Carneiro, Cezar Augusto Cerqueira, Flávio Renato da Guarda e Erlene Roberta Ribeiro Dos Santos

10 Auditoria no Sistema Único de Saúde: uma análise do estadiamento do componente municipal no estado de Pernambuco 220

Clebiana Estela de Souza, Eliane Maria Medeiros Leal, Alexandre Bayer, Renan Carlos Freitas da Silva e Erlene Roberta Ribeiro dos Santos

1

Governança, governabilidade e responsividade na Nova Gestão Pública do SUS

Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Hélder Freire Pacheco
Renata Alves Gomes Villani
Julianne Melo dos Santos Melquíades

Introdução

Formalmente, na esfera pública, tudo pertence à sociedade e direciona-se em seu benefício, englobando todas as formas institucionais de intervenção do Estado. Neste princípio, inserem-se as ações governamentais instituídas através de políticas e programas formalmente implementados pelos agentes públicos a serviço dos cidadãos. É nesse sentido que a administração pública disciplina e designa a natureza das atividades exercidas pelas pessoas jurídicas, órgãos e atores institucionais incumbidos de realizar atos administrativos governamentais, com base em regras para o exercício do poder legalmente autorizado (FILHO, 2015). Nessas instituições, prevalece uma clara relação hierárquica de natureza burocrática que perpassa verticalmente níveis jurisdicionais para o exercício oficial do poder público. Além dessas formalidades, é importante considerar os aspectos discricionários do poder de Estado exercido em relação à sociedade, cujo caráter é exclusivo e vedado às organizações da esfera privada. Entretanto, a administração pública clássica, baseada em padrões weberianos, vem, ao longo de décadas, sendo politicamente desafiada por aquilo que se convencionou chamar de limites e disfuncionalidades do modelo burocrático ortodoxo, que tende a restringir a ação dessas organizações.

Particularmente nas últimas três décadas, processos sucessivos de reforma do setor público em resposta a crises de grande magnitude levaram a mudanças profundas na maneira de conduzir ações governamentais. Nesse contexto de mudanças, as organizações sociais foram inseridas no Plano Diretor de Reforma do Estado Brasileiro (PDRAE), proposto no ano de 1995 pelo governo brasileiro, com o objetivo de incentivar a provisão de bens e serviços públicos não exclusivos para a sociedade. No Sistema Único de Saúde (SUS), as organizações sociais de saúde (OSS) foram incorporadas na agenda institucional com

relativa expressividade, baseadas na crítica à rigidez burocrática, a partir do início dos anos 2000, no estado de São Paulo. Em Pernambuco, as OSS foram instituídas dentro de um novo modelo de gestão de serviços públicos, com a primeira experiência implantada no ano de 2009 (FURTADO; MELO, 2011). Tais organizações foram colocadas como alternativa às formas tradicionais de prestação de serviços públicos, mais notadamente aqueles que se relacionam com administração direta e indireta, ou seja, a rede própria estatal e fundacional, na condição de agentes econômicos com natureza jurídica distinta que permite maior flexibilidade e para os quais se delega, por instrumento de contrato, a gestão administrativa dessas entidades. Essa natureza jurídica vem sendo priorizada na agenda política do gestor público da saúde em razão dos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

A partir de novas experiências de gestão pública com o Terceiro Setor, emerge a necessidade de aprofundar a discussão sobre conceitos e fundamentos básicos daquilo que se convencionou chamar de Novo Gerencialismo aplicável ao SUS. Um desses conceitos, sem dúvidas, diz respeito à ideia de "governança", que aparece no jargão dos gestores públicos de forma mais frequente a partir das mudanças administrativas associadas aos novos modelos de gestão, induzidos por poderosas instituições internacionais, promotoras de reformas setoriais orientadas por princípios de mercado na saúde pública. Apesar da longevidade do termo, que remonta há muitos séculos, existem nítidas diferenças na ênfase com que os elementos centrais e definidores desse conceito vêm sendo postos em prática, associados ao conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle para avaliar, coordenar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse e alta relevância para a sociedade. A literatura internacional já apontava para usos e abusos do termo "governança", que passa a ser confundido com elementos da própria reforma setorial e os novos modelos de gestão pública, tratando-a como se fosse o sinônimo da transferência da gestão das organizações estatais de saúde para o setor privado. Essa confusão esvazia o potencial estruturante da governança pública no SUS, cujas bases

institucionais pretende-se aqui resgatar (TORFING, 2005; LIMA, 2015; MATTOS, 2017).

Historicamente, os processos de governança no SUS estão diretamente relacionados à capacidade de tomada de decisão política, com caráter participativo, realizada em órgãos colegiados como espaços democráticos de deliberação – posto que, desde a sua concepção constitucional, o Congresso Constituinte afirmava a necessidade de instituir um modelo de democracia participativa no SUS, seguindo os passos da VIII Conferência Nacional de Saúde e o processo de redemocratização do país. Ao mesmo tempo, apontava-se para a institucionalização de uma estrutura intergovernamental de serviços para atuar em perspectiva regional, responsável pelas políticas de saúde, porém preservando a autonomia dos entes governamentais. Essas diretrizes resultam, em conjunto, na necessidade de pactuar com esses atores subnacionais os rumos institucionais do SUS. O SUS nasce impregnado do ideal democrático e participativo, portanto esse é o espírito que orienta a criação dos seus órgãos colegiados de governança desde então.

Esses espaços de pactuação de políticas públicas de saúde foram instituídos por duas razões básicas: em primeiro lugar, pela necessidade de a sociedade exercer a democracia participativa como elemento de sustentação do direito à proteção social ampla, pois o SUS se insere na Carta Constitucional de 1988, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde como expressão de uma política de Estado; e, em segundo lugar, justamente pela ausência do comando hierárquico tradicional na estrutura intergovernamental do SUS como elemento capaz de determinar os rumos das instituições em um sistema nacional de saúde complexo, que atua em rede de serviços públicos descentralizados.

Esses sistemas de saúde, configurados dessa forma, como um arranjo organizacional com múltiplas dimensões e níveis de complexidade, no qual compartilham-se poder, recursos, responsabilidades, informações e resultados, exigem processos decisórios pautados por negociação e pactuação permanentes para elaboração, aprovação e implementação das políticas, programas e ações de saúde. Portanto, isso leva os governos a assumirem que melhorar a governança

pública influencia diretamente a qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2014).

Porém, para além dessas constatações históricas que ocorrem no SUS, referentes à democracia participativa e ao processo de tomada de decisão intergovernamental em espaços colegiados de deliberação, existem fatores estruturais das organizações que atuam nos sistemas de saúde na gênese dessa dinâmica de relações institucionais não hierarquizadas. O poder que o completo domínio do processo de trabalho confere aos operadores do sistema de saúde está na base da geração desse comportamento estruturalmente invertido do ponto de vista do poder hierárquico e de potenciais conflitos institucionais, que, por sua vez, definem as necessidades de negociação e pactuação das autoridades sanitárias com os agentes econômicos e corporações profissionais da saúde (GURGEL JUNIOR, 2002). Essa é uma das razões pelas quais o termo "governança", na saúde, tem sido aplicado em distintas escalas, que vão desde relações internacionais para pactuação de problemas de saúde global até o cuidado individual numa perspectiva clínica, perpassando por sistemas regionais de saúde de caráter intergovernamental (CARDOSO, 2018).

Como consequência direta, o termo "governabilidade" situa-se no primeiro plano desse debate, relacionado à participação legítima dos atores institucionais com poder de decisão nos espaços de governança, tanto como elemento central para a condução de sistemas públicos universais de saúde de natureza intergovernamental, operacionalizado por agentes econômicos de diversas naturezas jurídicas, como pelos distintos e seletivos interesses que caracterizam as corporações profissionais e a própria representação da sociedade que atua nos processos de deliberação das políticas públicas de saúde no Brasil.

O diagnóstico da crise institucional e a formulação das estratégias para o enfrentamento dos problemas da gestão pública e dos dilemas da própria democracia na atualidade reforçam a aplicação desses conceitos no SUS. Aliada a isso, a necessidade de incrementar a capacidade de governo em responder as demandas sociais em saúde e, *pari passu*, melhorar a coordenação dos agentes públicos emerge como aspecto

interligado nessa dinâmica de interesses estratégicos potencialmente não convergentes. O conceito de "governabilidade" está associado na literatura à ideia de legitimidade na representação para tomada de decisão política em nome da sociedade, cuja participação no Brasil é pedra angular para garantia de direitos constitucionais. Já o seu oposto, a ingovernabilidade, torna-se um símbolo da falta de capacidade para lidar com problemas decorrentes desses conflitos e interesses estruturais próprios de uma sociedade profundamente desigual, dividida em classes que expressam suas diferenças na estrutura e dinâmica política do setor saúde. A dificuldade de encontrar pontos de convergência para manutenção de pactos sociais com objetivo de garantir sua natureza essencialmente redistributiva, tendo como pano de fundo a própria crise da democracia em escala global, que reverbera nos sistemas públicos de saúde, sinaliza que os nossos líderes e nossas instituições estariam aquém dessas necessidades prementes de repactuação na atualidade, dada a complexidade e magnitude dos conflitos observados no sistema político no advento de mais uma crise estrutural que atinge todo o aparato de estado no Brasil (BOSCHI; DINIZ, 2016).

Essa necessidade exige, antes de mais nada, a adoção de práticas de interação social e constitutivas dos processos de trocas entre os atores institucionais com os agentes públicos e privados em sociedades democráticas organizadas, o que remete ao conceito de "responsividade" das políticas públicas. Destaca-se, nesse sentido, a necessidade humana de provocar uma reação em resposta às ações e conflitos (MENEGASSI, 2009) na vigência de novas crises sistêmicas globais que ameaçam os pilares da democracia e direitos sociais conquistados numa relação estratégica entre o Estado-Nação e o seu povo.

Nesse sentido, Paludo (2013) considera os termos "governança", "governabilidade" e "*accountability*" uma tríade indissociável da nova administração pública. Dessa forma, quanto à *accountability*, pondera que relaciona-se a três aspectos: 1. prestação de contas (transparência do governo junto à população); 2. responsabilização dos agentes públicos; e 3. responsividade dos agentes, como a capacidade de resposta do poder público às demandas sociais. Objetiva-se aprofundar a seguir

esses conceitos, juntamente com os conceitos de "governança" e "governabilidade", destacando suas relações com as organizações sociais de saúde e as redes regionais integradas no SUS.

A governança pública no SUS: fundamentos, dilemas e reflexões para seu aperfeiçoamento

Nas últimas décadas, o debate sobre as funções do setor público e do aparelho de Estado se associou progressivamente aos mecanismos de governança, influenciado pela literatura em economia, administração e ciência política, que atraiu a atenção de governantes, políticos e especialistas dentro do contexto da reforma do setor saúde guiada pelo mercado, observada em escala global. Do ponto de vista político-administrativo, a relevância dos processos de governança no SUS pode ser evidenciada nas relações interfederativas, caracterizadas por forte interdependência e autonomia, seja nos procedimentos de formulação e implementação de políticas, seja na proposta de organização e coordenação de redes de atenção à saúde. As relações de autoridade estabelecidas entre as esferas de governo são de autoridade superposta com equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as esferas de governo (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2012).

A dinâmica das relações intergovernamentais das três esferas de poder autônomas requer a busca do equilíbrio entre elas, pois, nos processos decisórios compartilhados, os agentes públicos necessitam lidar com elementos contraditórios como solidariedade, cooperação, conflito e competição para efetivar a implantação do SUS, em um contexto democrático, em uma realidade política plural e marcada historicamente por desigualdades regionais importantes. Segundo Milagres (2016), na coordenação desses processos em rede, as relações se caracterizam pela horizontalidade, o que não implica dizer que os atores sejam iguais em termos de autoridade e/ou capacidade de arrecadação para alocação de recursos. Entretanto, dada a sua interdependência, parece que aos poucos desenvolvem a consciência de que

os resultados podem ser alcançados quando compartilhadas as decisões no cotidiano do sistema público de saúde. Dessa forma, o grande desafio é manter e aperfeiçoar no SUS o seu modelo de governança participativa e colaborativa, em que cada ator envolvido considere a necessidade de priorizar os benefícios da cooperação solidária no alcance dos objetivos coletivos e individuais. Isso inclui um conjunto de pactos e processos de tomada de decisão e controle que viabilizem a execução de políticas de saúde, inclusive para fora do espaço institucional do próprio sistema de saúde. Nos espaços de deliberação, o exercício de poder e autoridade é atenuado principalmente pelo exercício da influência política e da negociação, mediante os bloqueios de fluxo tradicional de mando vertical da estrutura organizacional, com distintos formatos burocráticos típicos do setor saúde, mesmo que limitadas as relações entre agentes de uma única esfera administrativa de governo.

É importante considerar nessa discussão que o Brasil é uma República Federativa, e não um Estado Unitário. Por essa razão, o modelo institucional do SUS foi construído para ser operado cooperativamente pela tríade da União, estados e municípios, classicamente falando, mas que desde sua concepção constitucional apontava para a regionalização como lócus de produção para além dos limites e divisas político-administrativas tradicionais. Um segundo desafio, não menos audacioso, consiste em estruturar a regionalização e coordenar o funcionamento de Redes Regionais Integradas dentro desse arranjo federativo, que só pode ser equacionado por processos de governança democrática, com novas perspectivas de arranjos de poder locorregionais, a exemplo das Comissões Intergestoras instituídas, sem a existência formal desse território interfederativo como entidade jurídica. Trazendo a discussão da governança pública para o SUS, no contexto das redes regionais de atenção à saúde, entende-se que esse debate se insere em um quadro político muito complexo, dadas as características do federalismo brasileiro e todo sistema de prestação de serviços públicos de saúde, culturalmente associados ao patrimonialismo ainda muito prevalente, traço histórico da nossa composição social.

Do ponto de vista histórico-estrutural, esse conjunto de unidades públicas em que se tenta articular uma rede de serviços contínuos de saúde vem sendo contingencialmente estruturado na transição histórica do modelo contributivo de asseguramento público compulsório para a seguridade social, com a universalização do direito à saúde, baseado em pactos ainda inconclusos, marcados por lacunas institucionais importantes, que se expressam politicamente pela ausência da regulamentação legal do Modelo de Seguridade Social até nossos dias. Sem deixar de mencionar os obstáculos estruturais que as reformas constitucionais e administrativas vêm causando em todo o setor público desde o final da década de 1980 em respostas às crises sistêmicas recorrentes, que estão na razão da incompletude histórica da institucionalização do SUS como um sistema nacional de saúde e, consequentemente, toda a sua base jurídico-legal não regulamentada.

Na atualidade, após duas gerações de reformas administrativas do setor público, com profundo impacto no setor saúde, temos, de um lado, o esgotamento dos processos de descentralização baseados na municipalização, associado ao debate da retomada da escala regional de produção: mais de trinta naturezas jurídicas distintas foram incorporadas na prestação de serviços públicos no SUS, tanto na administração direta, indireta, como oriundos do Terceiro Setor e do mercado privado voltado para o lucro. E, mais notadamente, temos como fator que aguça divergências políticas na sociedade a estruturação de dois sistemas de saúde, com pontos de interconexão, baseados em modelos de asseguramento totalmente distintos geradores de profunda iniquidade: de um lado, está o SUS, baseado no Modelo de Seguridade Social não regulamentado; de outro lado, a Saúde Suplementar fundamentada no Modelo de Asseguramento Privado. Ambos cravados a ferro e fogo na Constituição Brasileira, com desdobramentos institucionais baseados no dissenso político-econômico central da nossa sociedade.

No âmbito do setor público, Fleury e Ouverney (2007) apontam que o federalismo sanitário brasileiro implica uma forma de cooperação – o federalismo cooperativo – em que todos os três entes são corresponsáveis pelas ações e serviços de saúde. Em outras palavras,

ação sanitária é uma responsabilidade compartilhada do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde no SUS, não importando onde estejam sendo executados os programas e ações de saúde, mas levando-se em consideração questões epidemiológicas, econômicas e geográficas das regiões onde estão localizados.

Na coordenação da rede de serviços públicos, o federalismo cooperativo manifesta-se, na institucionalidade do SUS, por meio das instâncias permanentes de governança, considerando níveis jurisdicionais de tomada de decisão e deliberação formais: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e as Comissões Intergestores Regionais (CIR). No SUS, assim como em todos os espaços de tomada de decisão, essas comissões funcionam como mecanismos de freios e contrapesos à concentração de autoridade em determinados entes federativos, em especial o Ministério da Saúde, ente concentrador da metade dos recursos financeiros e da maior parte do poder normativo.

Apesar de toda essa trajetória histórica no SUS, com a experiência de espaços de governança formais e dinâmicos estabelecidos em leis federais, existem fragilidades nas relações e dificuldades de interconexão entre os espaços com natureza e composição distintas, sobretudo aqueles de caráter participativo, como os Órgãos do Controle Social, nos quais a sociedade ocupa 50% da representação. A principal questão que desafia o funcionamento dessas estruturas de deliberação está na articulação dos processos de governança pública do SUS, por níveis de pactuação, dentro do aparato institucional de Estado. Essa desarticulação interfere diretamente no funcionamento da estrutura intergovernamental do sistema público de saúde, que pode adotar diretrizes diversas daquelas que a sociedade prioriza. Ademais, as estruturas de governança institucional, inclusive aquelas de natureza técnica, compostas por gestores públicos, podem realizar a formulação das pactuações e uso de mecanismos legítimos de votação, com respectivos registros das deliberações institucionais. Contudo, tais processos de pactuação se apresentam desconectados e incapazes de resolver,

nesse nível político-administrativo, as grandes lacunas deixadas pelo pacto social brasileiro inconcluso. A possibilidade de conclusão depende, por sua vez, de outras estruturas formais de deliberação democrática, para além do Conselho Nacional de Saúde, como o Parlamento Brasileiro e o próprio Conselho da República, que equacionam os problemas de articulação entre os poderes institucionais (JEROME, 2018).

Vale ressaltar que dentro do SUS, por razões ligadas aos interesses estruturais divergentes em jogo, as instâncias de pactuação foram colocadas para funcionar em paralelo e não são acompanhadas por um sistema articulado de governança pública. Essa estrutura de governança e pactuação interna idealmente deveria vir desde o Controle Social, nas três esferas de governo, até as organizações de saúde operadoras do sistema, com seus órgãos colegiados internos de tomada de decisão. Esse processo articularia desde a deliberação das políticas públicas de saúde, com a participação da sociedade, até a execução das ações e programas de saúde pública, sob responsabilidade compartilhada das autoridades sanitárias, na condição de organizações coordenadoras do sistema de saúde. Observa-se, assim, que persistem vácuos e lacunas importantes nas estruturas e processos desarticulados de governança no SUS, entre si, entre os níveis administrativos e, mais notadamente, nas unidades de produção de serviços de saúde. Persistem dicotomias e distopias graves, que levam à necessidade de renovar o pacto social brasileiro para efetivar sistemas de governança potentes, a fim de garantir que as ações pactuadas sejam concretamente implementadas na rede pública de serviços, formalmente instituídos e conceituados nessa perspectiva desde o Decreto 7508/11, porém ainda sem lastro em novos recursos institucionais pela incapacidade de pactuar e regulamentar o Modelo de Seguridade Social, sob o qual o SUS foi concebido.

A governança pública do SUS não se constitui apenas de fóruns internos, uma vez que teoricamente precisam fazer parte dos processos de tomada de decisão os atores governamentais e não governamentais situados em territórios sanitários integrados por propósitos comuns intersetoriais. Nesse contexto, reafirma-se que o exercício do controle

social na escala distrital potencialmente poderia viabilizar o diálogo intersetorial para execução de tais políticas, sobretudo nas grandes cidades. Do ponto de vista operacional, a formulação de políticas de saúde tem nos instrumentos de audiências, consultas públicas e canais de participação individual dos cidadãos os mecanismos mobilizadores capazes de anteceder as conferências de saúde como forma de melhorar os processos de decisão colegiada em nome da sociedade. Em suma, essa articulação permite à sociedade participar decisivamente dos processos de governança pública, na perspectiva sob a qual o desenho do controle social efetivo e democrático do SUS encontra-se regulamentado no País.

Em outra dimensão e ângulo de análise, aponta-se que, para reverter a baixa capacidade de coordenação da rede de serviços públicos assistenciais, destaca-se a importância de utilizar instrumentos como o planejamento estratégico e o sistema de financiamento como incentivos para alocação de recursos (Mendes, 2011). Porém, a não regulamentação do processo de orçamentação fiscal do SUS, com base nos recursos da seguridade social, e, operacionalmente, a negação sistemática da utilização dos parâmetros legais para distribuição dos recursos pelo sistema, como base para posterior alocação de recursos, deixam esses mecanismos de gestão esvaziados de sentido e sujeitos aos tracionamentos políticos, nem sempre legítimos, deixados pelos vácuos de regulamentação existentes.

Os modelos de alocação de recursos com impacto e custo-efetividade têm, de um lado, uma base técnica mas, por outro lado, existe uma base política permeada de interesses velados na tomada de decisão, sobretudo em faixas cinzentas dos resultados da aplicação desses modelos, cujo potencial de revelação e publicização real dos interesses em jogo se concretiza nos espaços de governança participativa. Além disso, a ausência da representação formal dos cidadãos denuncia o caráter pouco transparente das decisões operacionais tomadas em nome da sociedade, sobretudo quando revestidas de componentes técnicos de legitimidade limitada. Nesses espaços, não há vácuo de decisão, mas vetores de força que direcionam essas decisões para contemplar

interesses seletivos e estratégicos que se articulam pelas ações do poder público por dentro do aparato de Estado. Viabilizar parte da estrutura de bem-estar social na saúde, através dessa regulamentação definitiva, consolidaria o pacto democrático brasileiro. Isso, porém, está longe de ser um consenso numa sociedade ainda mais dividida nos últimos anos.

Esse seria papel dos espaços de deliberação do parlamento brasileiro, cuja representação formal responde politicamente aos anseios da sociedade. E, nesse sentido, a sociedade poderia provocar a retomada da discussão do papel estratégico do SUS, sobretudo diante da ineficiência dos problemas decorrentes do envelhecimento acelerado, da tripla carga de doenças, diante da ineficiência alocativa do modelo de asseguramento privado e das falhas de mercado que caracterizam a insustentável iniquidade estrutural do setor saúde no Brasil e repercutem sobre toda população.

Internamente, o planejamento estratégico da rede de prestação de serviços se apoia no processo de governança das unidades de saúde, pois esse exercício é uma importante ferramenta para encontrar pontos de convergência entre os diferentes atores de modo a alinhar possíveis objetivos comuns, o que envolve a construção de estratégias, de percepções e de valores compartilhados em escala regional. Isso, em tese, permite aprofundar as interdependências e reduzir assimetria de informação entre os atores institucionais e agentes econômicos envolvidos, para imprimir maior racionalidade sistêmica na ordenação dos fluxos e contrafluxos de pessoas, recursos, produtos e informações ao longo das redes de atenção à saúde. O sistema de financiamento e alocação de recursos na rede é um dos elementos mais potentes empiricamente para alavancar as discussões nos espaços de governança, com influência sobre o comportamento dos agentes econômicos operadores dos serviços através de estímulos geradores de respostas. Objetivos como ganho de escala, efetividade, eficiência e eficácia apresentam "*trade-offs*" ou contradições naturais que precisam ser adequadamente enfrentadas, mediante as possíveis divergências estratégicas que caracterizam politicamente a relação entre os

gestores públicos, como representantes das autoridades sanitárias de Estado e agentes econômicos que executam as ações de saúde na rede de serviços. Essa articulação pode apontar para superação de alguns obstáculos e desafios que se conjugam como expressão dos crônicos problemas da gestão do SUS. Alcançar tais objetivos na coordenação dos agentes econômicos responsáveis pela prestação de serviços com qualidade, na perspectiva regional, sobretudo nos serviços assistenciais voltados para as linhas de cuidado prioritárias, requer equalização do uso de estratégias de mobilização e incentivos para nortear as ações dos gestores com os prestadores de serviços, adequados ao perfil da sua natureza jurídica e à capacidade de resposta de cada uma dessas organizações (CASANOVA, 2018).

Esse objetivo pode ser alcançado em processos de negociação institucional em novos espaços de governança, que envolvam o conjunto das unidades de saúde e, dentro delas, com a formação de comitês para tomada de decisão pactuada. Nesse contexto, insere-se a governança pública sobre as organizações sociais da saúde como uma das operadoras mais presentes na realidade atual do SUS. Por outro lado, nas regiões de saúde, parece fundamental que o sistema de financiamento e planejamento estratégico, integrados como elementos importantes para o processo de deliberação em escala regional, possam incrementar a coordenação das redes de atenção à saúde e potencializar os mecanismos de articulação dos serviços contínuos. A Programação Pactuada Integrada (PPI) é um desses instrumentos de governança que merece destaque no SUS, ainda que um pouco fora da agenda nos últimos anos, sobretudo diante das dificuldades de investimentos e dos obstáculos políticos do processo de regionalização para realmente se concretizar na rede de serviços intergovernamentais. Igualmente, são renovadas as expectativas com o Planejamento Regional Integrado (PRI), ascendente como forma de articular toda essa complexa rede de conexões e logística.

Segundo Laforgia (2007), a falta de alinhamento entre esses elementos descritos determina a implantação de políticas não efetivas. O cerne da questão é enfrentar os problemas de saúde no tempo certo,

no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade, o que é, em tese, a essência do processo de coordenação das redes de atenção à saúde, baseada na mobilização dos prestadores de serviço, de acordo com suas potencialidades intrínsecas, alinhadas à natureza jurídica e sua inserção no SUS. Ainda que o pleno funcionamento das instâncias formais da governança pública do SUS esteja garantido, isso ainda não tem ressonância na rede de serviços, sobretudo numa perspectiva regional, haja vista as lacunas do processo de coordenação com mecanismos de articulação e integração de rede que permita a interconexão das unidades públicas de saúde sob gestão de distintos níveis governamentais. As redes de serviço ainda estão circunscritas aos municípios e aos estados, com atuação isolada, pois, apesar do compartilhamento de decisões e informações, o processo de corresponsabilização ocorre sem o correspondente compartilhamento real dos recursos.

A necessidade de institucionalização de processos de negociação e deliberação mais vigorosos em base intergovernamental ainda é premente, pois podem potencializar a coordenação regional das unidades de saúde, como objetivo comum da rede de serviços nessa escala, sobre uma dada população, em um território sanitário, como discutido nas portarias do SUS desde a tentativa de instituir a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) publicada em 2001, que inaugura a segunda geração de reformas no setor público da saúde. Do ponto de vista operacional, se os objetivos dessas redes estiverem alinhados com o sistema de pagamento e incentivos econômicos, a capacidade de respostas distintas de cada prestador de serviços públicos pode ser melhor explorada de acordo com a estratégia pactuada e a natureza jurídica das organizações de saúde que operam nessas redes. Constata-se que a famosa frase internacionalmente colocada sob forma de anedota, referente ao processo de reforma setorial em outros países, *"deixar o filé para o setor privado e o osso para as organizações estatais do setor público"* precisa ser encarada de frente no Brasil, como um desfecho da aplicação desses novos modelos de gestão pública no SUS. Portanto, encontrar pontos de convergência que superem alguns elementos constitutivos da suposta crise de gestão do SUS, principalmente

para implementação das intervenções pactuadas e a contratualização dos serviços, é um dos grandes desafios dessa dinâmica de tomada de decisão conflituosa no setor saúde. Entretanto, a solução de problemas estruturais que impedem o funcionamento de todo esse arranjo complexo ainda é algo distante da capacidade de solução nesses espaços de governança interna, mesmo após tentativas de pactos mais estruturados, com envolvimento efetivo de todos os níveis de gestão a partir de 2006.

Ademais, Porter e Teisberg (2007) reconhecem que o modelo de atenção centrado na perspectiva de expandir a oferta dos serviços dificulta a implantação dos processos de coordenação. Há uma percepção de que esse modelo se exauriu internacionalmente, convocando sua substituição por modelos que priorizem ações custo-efetivas na oferta de cuidado integrado aos cidadãos. Isso decorre do fato de que o modelo guiado pela oferta de serviços hospitalares desarticulados e pagos por procedimentos tem uma preocupação fundamental com sua expansão a partir dos interesses das instituições prestadoras em produzir aquilo que é mais rentável e não necessariamente é direcionado para as demandas institucionais dos cidadãos usuários do sistema. O modelo da gestão baseado na expansão da prestação de serviços hospitalares, sem lastro na atenção primária, é frágil, pois opera com uma população por demanda espontânea não regulada, não cria vínculos e responsabilidades entre profissionais de saúde e cidadãos usuários, não envolve intervenções diretamente sobre os determinantes sociais da saúde. Portanto, o esgotamento desse modelo de atenção convoca outro modelo, com base nas necessidades de saúde da população e, notadamente, alicerçado na atenção primária. Isso tem levado a ineficiência e baixa efetividade do sistema de atenção à saúde, sobretudo no tocante ao impacto sanitário e epidemiológico dos programas de saúde ainda observados no País, pela cobertura insuficiente da atenção primária, em decorrência do modelo adotado historicamente.

No tocante às OSS, os elementos pontuados reafirmam as limitações da capacidade de resposta isolada, sem articulação dos mecanismos de

integração efetiva das ações de saúde, organizadas em linhas de cuidado cuja decisão seja submetida a negociações e pactuações no âmbito da governança institucional do SUS. Nesse cenário, a governança pública dos serviços de saúde é apresentada como elemento central com vistas a viabilizar empreendimentos novos, com potencial de solucionar problemas crônicos e vazios assistenciais pela capacidade de resposta rápida a estímulos, com base em novos pactos, à luz da Constituição de 1988. O Estado, nessa perspectiva, não perde sua função de coordenar políticas públicas e passa a buscar, nas parcerias institucionais, meios para atingir resultados demandados pela sociedade. Consequentemente, o conceito de "governança pública" está ligado à capacidade de coordenação dessa rede de prestadores articulados, sobretudo nas organizações cujo exercício de gestão executiva tradicional induz um comportamento voltado para seu ambiente interno organizacional e que estão fora do fluxo de mando hierárquico tradicional. Pactuar e agir sistemicamente é fundamental para atingir metas e objetivos essenciais no processo de governo com múltiplos níveis e dimensões (SLOMSKI *et al.*, 2008). O caminho para buscar eficiência e *accountability* no provimento de bens públicos, nessa perspectiva, carece de mecanismos de governança pública mais efetivos, que incorporem esses novos formatos sob o controle direto da sociedade brasileira.

Se o papel dos novos modelos de gestão pública, como afirmam Tosini e Bastos (2008), é de fato de oferecer um conjunto de princípios e elementos que considerem aspectos relacionados a integridade, compromisso, responsabilidade e transparência, com o objetivo de maximizar o bem-estar da sociedade, então sua participação através de mecanismos direto de controle se faz pertinente. Entretanto, Miranda (2015) aponta que esse objetivo está distante do recomendado. Destaca que a falta de um código de conduta, de avaliação periódica, e de um regime de prestação de contas aplicados às organizações prestadoras de serviços traz impactos consideráveis no desenvolvimento de práticas de gestão, nas quais, para que sejam satisfatórias, deve existir legalmente uma nítida separação de interesses e responsabilidades na qualificação do formato de organizações sociais pelas autoridades

sanitárias de Estado, com definição clara e documentada de conflitos de interesse nos procedimentos, com transparência para o estabelecimento dessas relações de natureza contratual. Todas essas condições são fundamentais para a governança e regulação pública que envolve as OSS, dada a complexidade do modelo público-privado instituído na segunda geração de reformas, com correspondente expansão do gasto público no SUS.

Diante da complexidade das relações estabelecidas entre os atores institucionais e esses agentes econômicos, coloca-se formalmente como ideal o estabelecimento de uma governança que incorpore no seu andamento um conjunto de princípios: o princípio da prestação de contas, que implica a supervisão da atuação dos atores na perspectiva da rede; o princípio da transparência, que incrementa a legitimidade do processo de tomada de decisão e permite concretizar o princípio da prestação de contas; o princípio da participação, segundo o qual os atores devem incorporar-se ao processo de tomada de decisões estratégicas de acordo com as regras do jogo estabelecidas; o princípio da eficácia, necessário para alcançar os objetivos das redes de atenção à saúde; e o princípio da coerência, segundo o qual os objetivos e as ações das redes de atenção à saúde devem estar baseados na visão das suas unidades coordenados entre si (FRANCESC *et al.*, 2012).

Portanto, um parâmetro para uma boa governança, antes de mais nada, deve ser o mecanismo de democratização, com a institucionalização de espaços que fomentem o aumento da participação dos cidadãos na definição de políticas públicas. Isso representa um nítido deslocamento da zona de poder: dos fóruns tradicionais executivos do governo para arenas democráticas que considerem decisões tomadas pela sociedade, informadas por evidências.

Governabilidade e os processos de tomada de decisão nos espaços de governança do SUS

A governança e a governabilidade são elementos que se complementam na administração pública. Enquanto a governança diz respeito

à capacidade da implementação de políticas públicas baseada em decisões colegiadas, a governabilidade vem tratar do equilíbrio de forças dos diversos interesses políticos e atores envolvidos no processo dessa implementação. A governabilidade refere-se às condições políticas e à legitimidade de um governo, isto é, está vinculada à ação do governo em si no enfrentamento das divergências, ou seja, o ato de "governar". Relaciona-se com a capacidade do governo para identificar problemas e criar caminhos legítimos para pactuação de políticas adequadas ao seu enfrentamento, incitando os meios e recursos necessários à execução de tais políticas. Sendo assim, encontra-se no plano mais amplo da organização do Estado e representa um conjunto de atributos essenciais ao exercício do governo, sem os quais nenhum poder será exercido em sociedades democráticas (RIBCZUK; NASCIMENTO, 2015).

A fonte ou origem da governabilidade são os cidadãos e a cidadania organizada, os partidos políticos, as associações e demais agrupamentos representativos da sociedade. O desafio da governabilidade consiste em conciliar os muitos interesses desses atores e reuni-los para encontrar os pontos de convergência a serem perseguidos por todos, uma vez decididos dentro das regras institucionais. Assim, a capacidade de articular-se em alianças políticas que respeite os pactos sociais constitui-se em fator crítico para a viabilização dos objetivos do Estado (PALUDO, 2013).

No âmbito das políticas públicas de saúde, o conceito de "governabilidade" é tradicionalmente associado no Brasil, no ensino da saúde pública, ao triângulo de governo proposto por Carlos Matus, economista chileno e ministro no governo de Salvador Allende na década de 1970. O triângulo de governo propõe elementos para a sistematização e análise de ações e políticas setoriais em vértices: 1. projeto de governo; 2. capacidade de governo; 3. governabilidade. O projeto de governo se refere ao conteúdo das proposições dos projetos de ação, entendidos como os produtos não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa, mas também relacionados a sua capacidade de governo. A capacidade de governo diz respeito à capacidade técnica, ao manejo

de métodos, às habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos, entendida como as variáveis que são controladas pelo ator; quanto mais variáveis decisivas ele controlar, maior será sua liberdade de ação e maior tende a ser para ele a governabilidade do sistema (MASSUDA, 2014).

Alguns estudos consideram o referido triângulo para análise das políticas públicas de saúde, como Ferreira (2016), que analisou a capacidade de governo e a governabilidade dos gestores municipais e estaduais da atenção básica no Programa Mais Médicos no estado de Sergipe, considerando que se trata de um programa oriundo do governo federal, porém de execução pelos municípios, com apoio dos estados. O estudo demostrou que, pela característica tripartite do SUS, essa articulação entre as esferas de governo nos espaços de governança e tomada de decisão é vital para a implementação de programas intergovernamentais de saúde pública.

Viana *et al.* (2006), por outro lado, em estudo realizado sobre modelos de atenção básica adotados em municípios do estado de São Paulo, apontam problemas nas relações institucionais diretamente ligados à capacidade de governança como um indicador de conflitos entre o secretário municipal de saúde e os demais atores envolvidos direta e indiretamente no Sistema de Saúde, como o Conselho Municipal de Saúde, a Câmara Legislativa, os trabalhadores municipais de saúde, os prestadores de serviços, a Secretaria Estadual de Saúde, o Ministério da Saúde e o Ministério Público.

A gestão de serviços de saúde por meio de OSS é outro exemplo de como a governabilidade é essencial para que se consiga reforçar os processos de governança formais do sistema público de saúde de modo a encontrar caminhos viáveis a fim de garantir seu caráter deliberativo, considerando os interesses divergentes dos atores institucionais do SUS. Coelho e Greve (2016) apontam que a contratação indireta suscita ampla controvérsia ideológica, política, econômica e jurídica, seja no Brasil, seja internacionalmente. De um lado, aqueles que argumentam que a prestação privada de serviços é mais eficiente

ao defender a quebra do monopólio das organizações públicas estatais sobre a oferta de serviços públicos, podendo estimular a competição entre prestadores e, com isso, contribuir para ampliar a qualidade na prestação destes serviços. Entretanto, na saúde, esses aspectos são teórica e empiricamente contestáveis.

Nesse debate, há aqueles que se posicionam a favor do setor público tradicionalmente representado pela administração direta e indireta. Entre eles, os sindicatos de servidores públicos e os partidos de esquerda mais ortodoxa, que com frequência chamam a atenção para os riscos de contaminação da administração pública pela lógica do mercado, assim como para o fato de que muita ênfase em incentivos financeiros pode diluir as motivações dos profissionais de saúde associadas a *status* e altruísmo (LÓPEZ-DE-SILANES; SHLEIFER; VISHNY, 1997; GREVE, 2016). England (apud GRAVE, 2016) aponta outros riscos associados à adoção da contratação indireta: a possibilidade de inflar custos administrativos e controle sobre problemas potencialmente associados a corrupção, tanto em relação à seleção dos fornecedores quanto à gestão dos contratos.

Questões controversas ligadas à governabilidade sobre a tomada de decisão quanto à implantação de OSS no SUS ficam bem expressas em estudo realizado por Santos (2014). Esse trabalho mostrou que uma das principais motivações para a transferência da administração de serviços de saúde para OSS foi a política eleitoral, com o alinhamento político entre aqueles que defendiam o novo modelo de gestão como forma de propaganda eleitoral, dada a capilaridade do SUS. Como motivação administrativa, observa-se maior agilidade na contratação e maior autonomia do serviço para a definição da política de gestão de pessoas. Em contraponto, o estudo apontou que a contratação de organizações dessa natureza para administrar serviços públicos estaduais, seja por razões políticas ou administrativas, leva a impactos de longo prazo nos processos de governança, com possibilidade de geração de grandes conflitos e impasses institucionais.

A divergência entre os diversos atores para implementação de uma ação ou política pública é expressa na governabilidade do processo

de governança, ou seja, na legitimidade e capacidade política de efetivá-la na realidade institucional. A institucionalização da participação social, que se materializa em conselhos e conferências de saúde, tem como intenção introduzir no interior do Estado uma dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável à presença e ação da sociedade que repercute em seu benefício. Ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade para que, em tese, prevaleça o interesse público. Para conferir sentido à esfera coletiva de decisão, é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os atores, que pode ser baseada na construção de convergências visando, se possível, o melhor para a coletividade (COSTA; VIEIRA, 2013). De todo modo, a despeito da escolha do modelo de gestão adotado para a prestação de serviços públicos, o Estado tem o dever de ser capaz de responder às demandas da sociedade com ações efetivas no campo da saúde.

Responsividade da gestão pública do SUS no contexto de crises e reformas

No contexto das reformas estruturais que atingem o setor público, destaca-se cada vez mais a importância de discutir as formas de responsabilização da gestão do SUS via prestação de contas (*accountability*), entendida como debate alinhado aos esforços de aprofundamento da democracia no País. Vale destacar que parte da teoria da *accountability* o principal argumento para o aumento do controle e da responsabilização dos diversos atores que têm interfaces com a administração pública, visando ao fortalecimento institucional da capacidade do Estado de implementar políticas públicas (ABRUCIO, 2006).

A *accountability* não se resume apenas à prestação de contas, que refletirá na transparência das ações de governo para a sociedade. Também possui outros elementos imprescindíveis para sua concretização: a responsabilização dos agentes pela correta utilização dos recursos; e a responsividade dos agentes, que diz respeito à capacidade

de resposta do poder público às demandas sociais. Um governo responsivo buscará satisfazer as necessidades da população e colocar em prática as políticas escolhidas pelos cidadãos com respeito aos pactos institucionais (OLIVIERI *et al.*, 2013). Adentrando na seara da responsividade, essa também se relaciona à ideia de que governantes responsivos obedecem aos desejos ou determinações dos cidadãos (o que os levaria a adotar políticas para atender esses desejos). Os governos são responsivos "quando promovem os interesses dos cidadãos, adotando políticas escolhidas pelos cidadãos", sobretudo em sociedades plurais que respeitem o estado democrático de direito (ARAÚJO; GOMES, 2006).

Braga *et al.* (2008) afirmam que "responsividade" não é um termo autônomo, ela vincula-se ao termo "*accountability*", como um de seus elementos constitutivos, assim como a responsabilidade. Portanto, corrobora que um governo responsivo é aquele que executa fielmente as políticas pactuadas no dia a dia, comunica-se e toma conselhos, usa políticas atuais que satisfazem as necessidades dos cidadãos envolvidos com essas decisões compartilhadas.

Há um relativo consenso de que a responsividade parte do entendimento de dar respostas e entregar soluções para os problemas e de melhorar o desempenho das políticas públicas. Assim, entende-se que, para seu estabelecimento, é importante a sociedade ter a permissão de monitorar os atores, coletar, processar e avaliar informações, corrigir erros, direcionar esforços e estratégias, evidenciando a necessidade de que seja implementada de forma incisiva nos domínios normativos e formais das tomadas de decisão e prestações de contas do Estado. Essa é parte do núcleo duro da segunda geração de reformas do setor público, que antagoniza com a desregulação promovida anteriormente.

Entretanto, na saúde pública, trabalha-se o conceito de "responsividade" elaborado pela Organização Mundial de Saúde. Seu fundamento está no pressuposto de que, além de promover e manter a saúde dos indivíduos, o sistema de saúde deve tratá-los com dignidade, viabilizar sua participação nas decisões sobre os procedimentos de saúde e incentivar a comunicação clara entre profissional de saúde

e usuário (DE SILVA, 2000). Esse é o cerne do processo de governança clínica incorporado aos sistemas de saúde nesses processos de mudança institucional.

Conforme Hollanda *et al.* (2012), a responsividade diz respeito ao modo como o desenho do sistema de saúde reconhece e consegue responder às expectativas dos indivíduos em relação aos aspectos não médicos do cuidado. E ela possui dimensões que correspondem ao processo de mudanças socioeconômicas e políticas das últimas décadas, que significaram maior ênfase na escolha individual e responsabilidade compartilhada. Politicamente, implicou limitar as promessas e expectativas sobre o que os governos deveriam fazer sozinhos. Mas, ao mesmo tempo, as expectativas dos cidadãos pagadores de impostos em relação aos sistemas de saúde são maiores do que nunca. Para avaliar a responsividade de serviços de saúde, por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) propõe que esta seria um dos objetivos intrínsecos ao sistema de saúde e refere-se a quão bem as expectativas legítimas da população estão sendo atendidas. As expectativas legítimas seriam elementos não diretamente ligados ao estado de saúde, mas que afetam a relação do usuário com os serviços e com os profissionais, tais como atendimento digno e respeitoso, respeito à confidencialidade das informações e à privacidade durante as consultas e procedimentos, autonomia para escolher entre opções de tratamento ou profissionais, atendimento ágil com o menor tempo de espera possível e oferta de apoio social.

Na saúde, podemos citar exemplos práticos em que se pode avaliar sob a ótica da responsividade: a dignidade pode se referir ao atendimento respeitoso e realização de exame físico em local reservado; a confidencialidade, como garantia de sigilo da história clínica do paciente e das conversas tidas com os profissionais de saúde; a autonomia, em ter o direito de participar na tomada de decisões sobre seu cuidado e tratamento se assim o desejar; o atendimento rápido, que implica curto tempo de espera para consulta e realização de exames e cirurgias; o apoio à integração social, em que os serviços de saúde devem garantir o acesso às redes sociais antes, durante e após os

cuidados, como o respeito à oferta de alimentação aos familiares ou garantia à liberdade de práticas religiosas e crenças.

No tocante à discussão da responsividade que envolve as organizações sociais de saúde (OSS), a literatura remete à teoria da *accountability* pura, tendo destaque os mecanismos de controle sobre esse modelo de gestão inserido na administração pública. Duailibe (2012) identifica cinco tipos: o controle interno realizado pelo Executivo, centrado em conferir a aderência da OS aos termos pactuados no contrato de gestão, sobretudo o cumprimento das metas estabelecidas; o controle externo exercido pelo Legislativo, em que a atuação do Tribunal de Contas demonstra-se fundamental na identificação das irregularidades cometidas; o controle público realizado pelo Ministério Público, cuja principal relevância é produzir consequências às irregularidades cometidas; o controle judiciário, centrado em resolver embates em torno da legislação regulamentadora das OS e decidir sobre as irregularidades apresentadas pelos demais organismos de controle; e o controle social exercido pela sociedade civil, cuja principal relevância é demonstrar a recepção do público acerca do desempenho efetivo das unidades de saúde.

O controle pelo Executivo tem principalmente sua atuação no ato de qualificação das organizações sociais; pode decidir e, portanto, controlar quais entidades reúnem os requisitos necessários a futuramente realizar contrato de gestão com o Estado. Quanto ao controle pelo Poder Legislativo, é voltado ao recebimento de petições, reclamações, representações e queixas de qualquer pessoa contra atos ou omissões dessas organizações; contudo é evidente que a eficácia do controle parlamentar sobre entidades do Terceiro Setor deve considerar o contexto político em que está inserido, pois em nosso regime de poder há uma prevalência do Executivo e da sua vontade (GIL, 2016).

Nas três esferas de governo, a legislação e a doutrina também apontam para a prevalência do controle externo realizado pelos Tribunais de Contas. A Lei Federal das OSS dispõe que os responsáveis pela fiscalização do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou

bens de origem pública por organização social, deverão dar ciência ao Tribunal de Contas, cabendo também a este fiscalizar eventual irregularidade na utilização das verbas públicas repassadas, requerer informações e apresentar questionamentos e recomendações a serem cumpridas pelas OSS (MONTEIRO, 2008).

Outro órgão fundamental no controle das OSS é o Ministério Público (MP). Segundo Carrubba (2016), o controle público feito por esse órgão está inserido em sua atribuição de zelar pelos interesses sociais e individuais. A Lei Federal das OSS prevê a representação do MP caso existam fundados indícios de malversação de bens ou recursos de origem pública, para que requeira junto ao juízo competente a declaração de indisponibilidade de bens da entidade e o sequestro de bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

Quanto ao controle judiciário, este atua quando provocado em juízo. A atribuição é de exercer o controle da constitucionalidade das leis e atos normativos que regulamentam a matéria; lembrando-se que ao judiciário cabe não só proferir decisões como também garantir a prevalência da Constituição Federal. Um exemplo concreto disso é a regulamentação das OSS na esfera federal através do questionamento formal da legalidade das entidades, objeto da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.923/DF. O julgamento da ação, cuja tramitação teve início em 1998, ocorreu somente em 2015 e decidiu pela validade legal da prestação de serviços públicos não exclusivos por organizações sociais em parceria com o poder público. Desse modo, ficou evidenciado que o controle das organizações sociais compete também ao Poder Judiciário, que atua quando provocado (DUAILIBE, 2012).

Finalmente, a forma última de controle é aquela exercida pela sociedade, identificada na legislação e na literatura como controle social. Esse controle ganhou força na sociedade contemporânea por meio da inserção de ações e mobilizações sociais no contexto de acompanhamento da responsabilização do poder público. Um dos dilemas das democracias contemporâneas colocados pela aproximação entre Estado

e sociedade refere-se à capacidade que sujeitos políticos têm de exercer as prerrogativas do controle social sobre as ações da gestão governamental (COTTA *et al.*, 2010).

No SUS, Moreira e Escorel (2009) destacam a necessidade de o Conselho Estadual de Saúde ter acesso a todas as informações de atuação das OSS. Contudo, por mais que o conselho seja o espaço máximo deliberativo, onde a sociedade participa de forma representativa, essa função ainda é politicamente controversa. Na realidade, há barreiras de acesso a documentos, informações quando passadas são incompletas, e com linguagem de difícil compreensão, o que dificulta o acompanhamento e a deliberação de processos.

Os governos, e especificamente a gestão da saúde, age na maioria das vezes por pressão, por cobrança da sociedade e sob sua capacidade de mobilização, portanto, é importante buscar a garantia da unidade em torno da defesa da saúde, como direito de todos e dever do Estado. Em relação às OSS, o controle social ainda tem muito a avançar na busca de um processo democrático mais sólido e impulsionador do estreitamento da relação entre a sociedade, o governo e os agentes econômicos da saúde. Por conseguinte, é fundamental a garantia de uma democracia participativa, ampla e plural, como forma de impulsionar o desejado diálogo entre sociedade e Estado através dos canais efetivos de participação. Mais esforços são necessários para garantir que esses espaços de deliberação democrática e participativa sejam, no tocante às OSS ou qualquer outro tema da agenda governamental da saúde, mais representativos, para que as decisões se tornem mais legitimas e próximas dos anseios da sociedade.

Conclusão

Governança, governabilidade e responsividade são elementos indissociáveis da administração pública. No Brasil, a Reforma do Estado nos anos 1990 introduziu novos modelos de gestão do serviço público, ao mesmo tempo que se instituía a participação ativa da sociedade civil na tomada de decisão sobre políticas públicas.

Os desafios da gestão do SUS residem não apenas na observação da ética, transparência e ausculta das instâncias democráticas para tomada de decisões nas políticas públicas sobre os prestadores privados de serviços públicos, mas também em fortalecer os espaços institucionais de tomada de decisão colegiada no sistema público de saúde. Nessa perspectiva, a tríade governança, governabilidade e responsividade parece essencial nos processos da regulação dessa prestação de serviços, que devem ser regidos pelo arcabouço jurídico-administrativo público e pela legislação estruturante do SUS.

Referências

ABRUCIO, F. L. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. *Revista Brasileira de Administração Pública*, Brasília, v. 40, p. 679-698, 2006.

ARAÚJO, W. F. G.; GOMES, M. P. S. *Governança eletrônica na América Latina*: podemos esperar uma democracia eletrônica? Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos do Empresariado, Instituições e Capitalismo, 2006. Disponível em: <http://neic.iesp.uerj.br/forum_democracia.html>. Acesso em: 6 ago. 2018.

BOSCHI, R.; DINIZ, E. *Estado e sociedade no Brasil*: a obra de Renato Boschi e Eli Diniz. Organização de José Szwako, Rafael Moura, Paulo Mesquita D'Avila Filho. Rio de Janeiro: CNPq, FAPERJ, INCT/PPED, Ideia D, 2016. 276 p.

BRAGA, L. V.; ALVES, W. S.; FIGUEIREDO, R. M. C.; SANTOS, R. R. O papel do Governo Eletrônico no fortalecimento da governança do setor público. *Revista do Serviço Público*, Brasília, 2008.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública*. Brasília, 2014. 80 p.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. *Revista do Serviço Público*, v. 50, n. 4, p. 5-29, 1999.

CARDOSO, V. V.; MUELLER, A. A. *Governança na descentralização de serviços de saúde*: as Organizações Sociais e o caso do Hospital Municipal de Saldanha Marinho/RS. Finanças e Governança III: Novos olhares e debates. [S.l.]: Novas Edições Acadêmicas, 2018. v. 3, p. 105-131.

CARRUBBA, C. *O Ministério Público e o modelo de gestão por meio de Organizações Sociais na saúde*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

CASANOVA, A.; GIOVANELLA, L.; CRUZ, M.; FERREIRA, M. F. C. F. Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3163-3177, 2018.

COELHO, S. P.; GREVE, V. As Organizações Sociais de Saúde e o desempenho do SUS: um estudo sobre a atenção básica em São Paulo. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 807-901, jul.-set. 2016.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030*: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro, 2013. p. 237-271.

COTTA, M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C.; GOMES, K. O.; JUNQUEIRA, T. S. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. *Rev. Saúd. Colet.*, v. 2, n. 3, p. 24-46, 2010.

DE SILVA, A. *A framework for measuring responsiveness*. GPE Discussion Paper Series, 2000.

DUAILIBE, F. D. B. *Os mecanismos de controle previstos para as organizações sociais de saúde no Brasil*: a comparação com mecanismos correlatos no controle de serviços de saúde. Dissertação (Mestrado em

Ciências) – Programa de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FERREIRA, G. L. *O projeto mais médicos e os gestores da atenção básica do estado de Sergipe*: uma análise de capacidade de governo e de governabilidade. 2016. 119 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

FILHO, M. X. C. Administração pública brasileira. *Latin American Journal of Business Management*, Taubaté, v. 6, n. 1, p. 216-247, 2015. Ed. especial.

FLEURY, S. M.; OUVERNEY, A. M. *Gestão de redes*: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FRANCESC, J. M. et al. *La gobernanza de las redes integradas de salud (RISS)*: contextos, modelos y actores en América Latina. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2012.

FURTADO, A. L. G.; MELO, P. H. P. G. Organizações sociais de saúde e gestão pública baseada em resultados. A importância do controle externo dos contratos de gestão: por que os fins não justificam os meios. *Revista TCE-PE*, Recife, v. 18, n. 18, p. 53-69, jun. 2011.

GIL, J. B. Accountability *no contexto partidário*. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de Lavras, Minas Gerais, 2016.

GURGEL, G. D. J.; MEDEIROS, K. R. Conflito e resistência à mudança no setor saúde: uma análise dos seus determinantes estruturais. In: FALCÃO, A.; SANTOS, P. M. N.; COSTA, P. S.; BELISÁRIO, A. S. (Orgs.). *Observatório de Recursos Humanos*: Estudos e Análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 37-44.

HOLLANDA, E.; SIQUEIRA, S. A. V.; ANDRADE, G. R. B.; MOLINARO, A.; VAISTMAN, J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Cienc. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 12, p. 3343-52, 2012.

JEROME, J. S. Governança participativa no âmbito dos conselhos de saúde locais: entrevistas com seis presidentes de conselhos de saúde locais no Nordeste do Brasil. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 740-753, 2018.

LAFORGIA, G. *Financiamento, incentivos financeiros e sistemas de pagamento para a conformação de redes*: experiências internacionais. Brasília: Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS, 2007.

LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J. H. G. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. *Novos Caminhos*, n. 8. Disponível em: <www.regiaoeredes.com.br>. Acesso em: 4 out. 2018.

MASSUDA, A. *Construindo novos caminhos para reforma na saúde*: reflexões sobre a práxis da formulação e implementação de mudanças na gestão e no modo de produção de práticas de saúde no SUS em Curitiba. 2014. 370p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

MATTOS, B. M.; CRUZ, C. F. Práticas de Governança em Organizações Sociais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. *Revista de Contabilidade da UFBA*, Salvador, v. 11, p. 24-44, 2017.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011.

MENEGASSI, R. J. Aspectos da responsividade na interação verbal. *Línguas e Letras*, v. 10, n. 18, p. 147-170, 2009.

MILAGRES, R. M. Governança Colaborativa. In: CONASS. Deb*ate, Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde*. Brasília, 2016.

MIRANDA, C. *O problema de agência nos contratos de gestão*: Organizações Sociais de Saúde. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – EBAPE/FGV, Rio de Janeiro, 2015.

MONTEIRO, M. S. A. A Natureza Jurídica dos julgamentos proferidos pelos Tribunais de Contas no Brasil. *Revista Eletrônica Jus Navigandi*, jan. 2008.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc. Saúd. Colet*., v. 14, n. 3, p. 795-806, 2009.

OLIVIERI, C.; TEIXEIRA, M. A. C.; LOUREIRO, M. R.; ABRUCIO, F. Organizational Learning of Controllers and Controlled Agencies: Innovations and Challenges in Promoting Accountability in the Recent Brazilian Democracy. *American Journal of Industrial and Business Management*, v. 03, p. 43-51, 2013.

PALUDO, A. *Administração pública*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde*: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

RIBCZUK, P.; NASCIMENTO, A. R. Governança, governabilidade, *accountability* e gestão pública: critérios de conceituação e aferição de requisitos de legitimidade. *Revista Direito Mackenzie*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 218-237, 2015.

SANTOS, F. A. et al. Motivações para expansão das Organizações Sociais da Saúde: percepção de gestores estaduais. *Rev. Enferm. UFPE*, Recife, v. 8, supl. 1, p. 2220-2227, jul. 2014.

SLOMSKI, V.; MELLO, G.; TAVARES FILHO, F.; MACÊDO, F. *Governança Corporativa e Governança na Gestão Pública*. São Paulo: Atlas, 2008.

TORFING, J. Governance network theory: towards a second generation. *European Political Science*, v. 4, n. 3, p. 305-315, 2005.

TOSINI, M.; BASTOS, A. Governança cooperativa: as funções de fiscalização e controle em cooperativas de crédito no Brasil–identidade, valores e governança das cooperativas. In: ENCONTRO DE

PESQUISADORES LATINO-AMERICANOS DE COOPERATIVISMO, 5., Ribeirão Preto. *Anais*..., Ribeirão Preto, 2008. 20 p.

VIANA, A. L. D. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 577-606, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health systems*: improving performance. Geneva, 2000.

2

Novos modelos de gestão hospitalar

Uma análise do caso de Pernambuco a partir da literatura comparada

Francisco de Assis da Silva Santos
Flávia Gymena Silva de Andrade
Hélder Freire Pacheco
Kátia Rejane Medeiros

Introdução

No intuito de garantir a justiça social, mesmo com o orçamento deficiente, governos de vários países buscam novos modelos organizacionais para prestação de serviços hospitalares em sistemas públicos de saúde.

Há diversas maneiras de categorizar como tem sido a relação entre a sociedade e o Estado nos processos de reforma da administração pública. Segundo Secchi (2009), em um estudo sobre os modelos organizacionais e a reforma do Estado, a administração pública pode ser apresentada em quatro categorias: Modelo Burocrático Weberiano, Administração Pública Gerencial (APG), Governo Empreendedor (GE) e Governança Pública (GP) (SECHI, 2009).

Para Bresser-Pereira (2008, 2012) e Fleury (2003), os Estados modernos contam com três áreas: o setor das atividades exclusivas, no qual estão o núcleo estratégico e as agências executivas ou reguladoras; os serviços sociais e científicos, que não são exclusivos, mas que, devido às externalidades e direitos humanos envolvidos, exigem forte financiamento do Estado; e, finalmente, o setor de produção de bens e serviços para o mercado.

A reforma do Estado brasileiro, iniciada em meados de 1990, pode ser dividida em, pelo menos, duas fases com repercussão no SUS: 1) caracterizada por uma focalização das políticas sociais, desregulação, privatização de empresas públicas, redução do tamanho do Estado e descentralização da execução das ações, com ênfase em sistemas locais de saúde; 2) reformas de segunda geração, que modificam a forma de regular e controlar a oferta dos serviços públicos, com expansão do gasto em saúde, sobretudo com entidades do Terceiro Setor. Nesse contexto, o governo diminuiu suas responsabilidades como prestador

de serviços, mantendo-se, entretanto, no papel de regulador ou promotor destes, sobretudo nas áreas sociais (BRASIL, 1995).

Ferlie *et al.* (1999) verificaram que as reformas do setor público, no contexto internacional, caracterizam quatro modelos da nova administração pública: *1) Modelo do impulso para a eficiência* – aproximação entre serviços públicos e serviços privados, inserção de padrões e práticas do setor privado no setor público; *2) Maior controle financeiro* – introdução de sistemas de custos e auditorias – quanto aos aspectos financeiros e profissionais, estabelecimento de metas de desempenho e inserção de objetivos claros na execução das atividades, flexibilização do contrato de trabalho; *3) Modelo downsizing e descentralizado* – afastamento entre o financiamento público e dotação do setor autônomo, mudança da gestão hierárquica para a gestão por contrato, surgimento de organizações separadas para compra e para prestação de serviços e redução drástica dos custos com pessoal nas organizações públicas; *4) Modelo da busca pela excelência* – baseado na Escola de Relações Humanas, com ênfase na "cultura organizacional". Observa-se, na realidade brasileira, uma interface com um *mix de modelos de gestão pública*, pois há uma maior cobrança quanto à eficiência, ao mesmo tempo que há uma maior descentralização de algumas ações, que passam a ser realizadas e acompanhadas por meio de contratos.

O momento atual da gestão pública, em que há uma nova legislação, acompanhada de um cenário de maior frequência de parcerias entre entidades públicas e privadas, faz com que emerjam novos modelos de gestão hospitalar nesse contexto de reforma. A disseminação da institucionalização desses modelos e seus desdobramentos práticos estão em consonância com as transformações observadas no mundo contemporâneo. Diferentemente das relações de subordinação hierárquica como principal mecanismo de comando e controle das instituições, tradicionalmente observadas no contexto da Administração Pública Clássica, percebem-se novas relações institucionais entre os entes governamentais, fundamentada em contratos de gestão e processos de governança.

Para Ibanhes *et al.* (2007, p. 575), a governança "compreende os fatores que organizam a interação de atores, a dinâmica dos processos e as regras do jogo, envolvidas na tomada e implementação das decisões em uma dada sociedade". Portanto, trata-se de um conjunto de atributos para que uma efetiva arquitetura de autoridade sanitária de Estado se faça cada vez mais presente no Sistema Único de Saúde (SUS) para tomada de decisão colegiada. Assim, as funções gestoras públicas são enfatizadas na segunda geração de reformas, por meio de mecanismos que levam ao fortalecimento das ações de Estado na coordenação, planejamento, regulação, controle, avaliação e auditoria.

Como uma alternativa para a gestão hierárquica, foram experimentados os modelos de "quase mercados" na Nova Gestão Pública (NGP), quando se observa um interesse crescente no papel de parcerias e redes na reorganização dos serviços de saúde (EXWORTHY; POWELL; MOHAN, 1999). A despeito das contradições internas e da falta de evidências sobre a eficiência, em alguns casos, a Nova Administração Pública (NAP) ou Nova Gestão Pública da saúde tem sido implementada em diversas regiões do mundo, principalmente por meio de parceria público-privada (PPP) na saúde e novos modelos de gestão pública.

Parceria público-privada na saúde

As parceiras público-privadas são amplamente definidas como arranjos jurídicos entre os governos e o setor privado, nos quais este administra serviços ou financia a construção e manutenção de serviços do governo, incluindo escolas, hospitais, abastecimento d'água, redes rodoviárias e ferroviárias. Tradicionalmente, o Estado se baseia em receitas próprias, advindas de impostos e taxas, para custear os investimentos em infraestrutura e serviços. No entanto, ao longo dos últimos vinte anos, os governos têm utilizado parcerias entre os setores público e privado como forma de trazer mais recursos financeiros privados para a prestação de serviços públicos. Governos estaduais, em particular, adotaram a PPP como captadora importante de recursos ou mecanismo para o financiamento da infraestrutura e serviços,

sem ter necessariamente que aumentar os déficits orçamentários de execução, o que é politicamente indesejável (BLAKE, 2004). Para Lee (2013), a PPP tem o propósito de articular as vantagens dos setores público e privado e fazer com que haja uma intervenção sinérgica.

As PPPs são uma forma de contrato entre um governo e uma entidade privada, em que o parceiro privado assume o fornecimento, em longo prazo, de serviços benéficos ao público. A injeção inicial do capital dos sócios privados é um componente-chave de muitas PPPs, mas não de todas elas. O que distingue uma PPP, a partir de um contrato de serviço, é a duração e benefícios distribuídos (MONTAGU; HARDING, 2012). No Brasil, segundo a legislação que disciplina as PPPs (Lei 8.987/95, 11.079/04 e 12766/12), há basicamente duas classificações das parcerias: concessão patrocinada – conjugam-se a tarifa paga pelos usuários e a contraprestação pecuniária da concedente; concessão administrativa – remuneração básica constituída por contraprestação feita pelo parceiro público.

As PPPs na área da saúde fazem parte da categoria de contratos de concessão administrativa. Segundo Carrera (2012), na concessão administrativa, a administração pública é a usuária direta ou indireta e a responsável pela contraprestação pecuniária ao parceiro privado, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens. Na concessão administrativa, não é cobrada nenhuma tarifa aos usuários e geralmente são envolvidos outros setores: educação – desde a construção, reforma e/ou gestão de escolas; cultura – na infraestrutura e gestão de equipamentos culturais e de lazer; e saúde – na construção, reforma e gestão de hospitais, clínicas e serviços especializados (CARRERA, 2012).

As parcerias entre os governos e o setor privado, dentro dos sistemas de saúde, são comuns, mesmo em países onde os cuidados são prestados principalmente pelo sistema público. Muitos insumos, tais como produtos farmacêuticos e serviços de apoio, são provenientes do setor privado. Em países com instalações predominantemente de propriedade privada, o Estado influencia a sua configuração por meio de regulamentações e incentivos financeiros. Nos hospitais, a situação

é ainda mais complexa, tendo em vista as múltiplas funções oferecidas por essas instituições, que podem ir desde a assistência a pacientes até a formação de profissionais de saúde, pesquisa e desenvolvimento, por exemplo (MCKEE; EDWARDS; ATUM, 2006).

Uma importante fonte de confusão sobre o papel de uma PPP em hospitais decorre do tipo de serviço que é oferecido. Por isso, há duas perspectivas:

a. um grupo tem formação em PPPs de infraestrutura – nos setores de infraestrutura, as PPPs são implementadas principalmente como meio de mobilizar capital privado, transferir o risco do investimento e consolidar as finanças, construção e atividades de manutenção em um único contrato, para fácil gerenciamento, por parte do governo, com consequentes desejáveis ganhos de eficiência para os operadores privados;
b. o segundo grupo trata de PPPs de serviços de saúde como um meio de trazer experiência privada de gestão, flexibilidade e modelos de prestação de cuidados em operações hospitalares. Esse grupo se concentra na contratação de serviços, agilidade e eficiência, tanto na conceituação como na avaliação da PPP (MONTAGU; HARDING, 2012).

No entanto, há uma série de desafios nas PPPs em hospitais, incluindo diversas maneiras para a medição da qualidade, disponibilidade limitada de medidas clínicas, desintegração dos sistemas de medição, distanciamento da atenção primária e desvio de finalidade de recursos públicos para a iniciativa privada, por exemplo. Segundo Reddy e Mary (2013), há episódios em que o interesse é exclusivamente lucro em detrimento do interesse da saúde pública. Não havendo compartilhamento de informações clínicas entre setor público e privado, os experts e mais treinados do setor público migram para o setor privado, sem as devidas medidas que poderiam realizar a mitigação das consequências dessas perdas. Tudo isso leva a conclusões conflitantes (PANZER et al., 2013).

Alguns autores têm tentado categorizar as possibilidades de atuação das PPPs no setor hospitalar. Podem ser destacados estudos de

Machado e Simões (2011) e Montagu e Harding (2012) que, a partir das experiências internacionais, sobretudo europeias, distribuem as PPPs em alguns modelos, apresentados na sequência.

No *primeiro modelo*, os "serviços" são o núcleo da parceria. A fim de melhorar a qualidade e/ou a eficiência da prestação de serviços do hospital, uma organização privada é trazida para operar e prestar serviços hospitalares com financiamento público, geralmente dentro da infraestrutura existente no governo. A instalação pode ser construída pelo governo, explicitamente, em preparação para esse modelo de serviço de PPP.

O *segundo modelo*, também conhecido como *Private Finance Initiative* (PFI) ou Iniciativa de Financiamento Privado, no Reino Unido, é caracterizado por conceber o hospital, construir, financiar e gerir; envolve um órgão público e uma entidade de direito privado para financiar, projetar, construir e operar um hospital no qual um serviço público é executado.

Sobre o *terceiro modelo*, uma organização privada presta serviços públicos hospitalares e é sustentada ou reembolsada pelo seguro social; trata-se de um modelo "combinado", uma vez que o setor público "compra" serviços hospitalares associados com as linhas de crédito e financiamento relacionadas. Há duas variantes desse modelo que merecem distinção: em uma variante, uma agência pública contrata uma organização privada que constrói novas instalações e faz a prestação de serviços; na outra variante, a organização privada assume as instalações e os serviços existentes.

No *quarto modelo*, os órgãos públicos não compram serviços, mas, sim, alugam mobiliário, equipamentos e instalações hospitalares públicas a um prestador de serviços privados para desenvolver serviços "colocalizados" dentro do serviço público. A organização privada faz pagamentos ao órgão público, bem como a prestação de serviços em espécie.

Por fim, o *quinto modelo*, que é único e foi desenvolvido no Hospital Alzira, em Valência, Espanha, é gerido por um consórcio privado que assume a responsabilidade pela saúde de uma população definida, em troca de um pagamento anual *per capita* (quadro 1).

Quadro 1: Tipos de PPPs em hospitais

Categoria de PPP	Definição - explicação
Serviços ou Franchising	Uma organização privada é trazida para operar e prestar serviços de saúde com financiamento público dentro de uma instalação pública.
Instalações-financiamento	Um órgão público contrata uma entidade privada para financiar, projetar, construir e operar uma instalação hospitalar. Os serviços são oferecidos gratuitamente à população.
Combinado	Uma organização privada estabelece capacidade (através de nova construção ou expansão de instalações existentes) para prestar serviços de saúde pública e é sustentada ou reembolsada pelo seguro social.
Colocalizado	Um órgão público aloca uma porção de terra e/ou instalações para uso sustentado por uma organização privada, em troca de pagamento e benefícios previstos para a agência pública de um hospital público.
"Alzira"	Empresa privada constrói e opera hospital, com contrato de prestação de cuidados a uma população definida.

Fonte: adaptado de Mckee, Edwards e Atum (2006), Machado e Simões (2011).

O modelo brasileiro de PPPs, com frequência, se assemelha ao primeiro, pois os hospitais são entregues "prontos" à iniciativa privada, para que ela administre suas instalações, equipamentos e recursos humanos. Para Reddy e Mary (2013), a entrega desses serviços a instituições privadas é um risco, pois as empresas estão interessadas mais em lucrar e menos em atender as necessidades de prestação de serviços, com base no quadro epidemiológico. Por isso, não há interesse tão explícito pela atenção primária, apenas por cirurgias e procedimentos de maior complexidade e maior valor agregado.

Blake (2004) distingue PPP de privatização, porque, no caso da parceria, o Governo mantém um nível de controle sobre o serviço e, muitas vezes, assume o controle total em um tempo acordado entre as partes.

Parcerias e novos modelos de gestão no mundo

Os principais exemplos internacionais de PPPs e inserção da NAP na gestão hospitalar vêm da Europa e apresentam algumas características peculiares. Primeiro, crescente reconhecimento da necessidade de investimento contínuo, para evitar a queda frequente na qualidade da infraestrutura, principalmente quando há o atrativo de novos investimentos, em especial de equipamentos de alta tecnologia, e prioridade sobre a infraestrutura básica em que são acomodados. Segundo, o processo de adaptação das instalações existentes: alguns hospitais europeus ainda operam em edifícios medievais, sendo cada vez mais inadequados e muitas vezes mais caros no longo prazo do que a construção de novos (THOMPSON, 2004). Terceiro, desde a crise econômica dos anos 1970 e 1980, os Estados europeus repensam seus gastos com saúde.

As PPPs na saúde e a implantação dos novos modelos administrativos, como se conhece atualmente, tiveram seu início na Inglaterra, a partir de meados de 1990, com o incentivo do governo para que grupos privados, por meio de consórcios, se capitalizassem e investissem em equipamentos públicos, sobretudo hospitais. Esse é o modelo conhecido como Iniciativa de Financiamento Privado (PFI).

Com o PFI, a responsabilidade de projetar, construir e manter edifícios hospitalares é assumida por um consórcio de investidores do setor privado que subcontrata a construção e a manutenção dos bens hospitalares necessários (normalmente com as próprias empresas associadas) e também pode gerenciar a entrega subcontratada de um conjunto de serviços não clínicos, como manutenção e limpeza. Em troca, recebe receitas de "taxas unitárias", pagas pela autoridade pública, sobre os ativos contratados sendo disponibilizadas para uso. Tanto a dívida como os detentores de capital são remunerados exclusivamente pelos fluxos de caixa gerados pelo projeto, e os investidores enfrentam a incerteza sobre as despesas e receitas. É a necessidade de minimizar essa incerteza que gera os incentivos para a oferta de um planejamento de projeto eficaz (HELLOWELL, 2013).

Recentemente, o governo português anunciou o lançamento de PPPs para a construção de hospitais, com a particularidade de que

a construção de infraestrutura e a gestão de atividades clínicas serão concedidas para separar as partes privadas. Além disso, uma das partes será responsável pelo fornecimento de instalações não clínicas. Construção de PPPs e gestão de atividades clínicas ocorrem, por exemplo, na Espanha, em Portugal e na Itália. Em outros países, há essencialmente PPPs para construção (por exemplo, França, Alemanha, Canadá). Alguns têm ambos os tipos (Espanha e Itália) (BARROS; MARTINEZ-GIRALT, 2009).

Na Holanda, o setor hospitalar depende quase inteiramente do setor privado para o seu financiamento, com cerca de 80-90% dos fundos num projeto típico, na forma de dinheiro emprestado diretamente para o hospital. Os 10-20% restantes são compostos de poupanças acumuladas dos hospitais ou de outras fontes privadas, como filantropos, investidores institucionais e agências de saúde comerciais. Suécia e Finlândia são capazes de tomar recursos públicos emprestados, mas as aplicações são feitas a partir do nível administrativo de saúde regional ou local. Na Dinamarca, os hospitais na região de Copenhague são agora propriedade de uma empresa pública. Estuda-se a privatização total das instalações, com o objetivo de aumentar a utilização por pacientes de convênios particulares (THOMPSON; MCKEE, 2004).

Na Irlanda, existe uma lei que garante que pacientes da rede privada, quando há indisponibilidade de leitos de emergência, possam utilizar até 20% dos leitos públicos e vice-versa. Nos últimos anos, cresceu o número de irlandeses com planos privados de saúde, o que ampliou a demanda por leitos, inclusive públicos, que, ao tratar dos pacientes da rede privada, recebem um reembolso equivalente à metade, praticamente, dos custos da internação (O'REILLY; WILEY, 2010).

Cappellaro e Longo (2011), em estudo realizado na Itália, apontam que, muitas vezes, as parcerias entre as instituições privadas e o governo, no campo da gestão da saúde, são estratégias para o cumprimento de objetivos ocultos por parte do poder público. Os autores apresentam um exemplo em trabalho realizado em uma importante região da Itália: quatro parcerias foram escolhidas como soluções contingentes para implementar reformas políticas de saúde, sem perder o consenso

político local. Dito de outra forma, a PPP foi concebida como uma maneira de renovar equipamentos governamentais através da participação dos prestadores privados, sem perder o controle do setor público. Especificamente, a escolha dessa forma de organização foi adotada para permitir a conversão de hospitais de cuidados gerais, cujas missões e metas são amplas e dificilmente definíveis, em instalações de cuidados especializados. Os dados recolhidos a partir dos quatro casos revelaram que as administrações públicas não seguiram um processo de decisão racional na forma de provisão considerada mais eficiente para um determinado conjunto de serviços. Em vez disso, em todos os quatro casos, foi alcançado o objetivo (oculto) da política de encerrar parcialmente algumas atividades de um hospital local, mantendo o consenso das partes interessadas e demonstrando que o interesse da PPP é político e está associado à mudança do modelo de gestão em saúde.

O sistema de saúde catalão tem uma característica distinta, graças a um acordo entre as redes pública e privada: quando os usuários da rede pública precisam de cuidados médicos que só estão disponíveis em estabelecimentos de saúde privados, o paciente recebe o tratamento no hospital privado e o governo regional cobre os custos. Os hospitais não são separados em públicos e privados, mas agrupados, segundo o nível de complexidade, em 1) pequenos ou geograficamente isolados, com poucas especialidades; 2) básicos, hospitais gerais que cobrem a maioria dos problemas da população; 3) hospitais de referência regional, que atendem a quase todos os problemas de saúde da população; 4) hospitais de alta tecnologia para o atendimento a doenças específicas e que possuem equipamento e procedimentos especializados (BERNARDO; VALLE; CASADEUS, 2012). O modelo espanhol é também conhecido como "Modelo Alzira", desde o primeiro hospital que foi construído sob a nova legislação, intitulado "Concessão Administrativa", e inaugurado em 1999. Nesse modelo, um grupo privado, composto por companhias de seguros e construção, constrói o hospital e gere os seus serviços por um período de dez anos. Durante esse período, a autoridade regional de saúde, no caso, a Secretaria de Saúde de Valência, prospectivamente paga uma taxa de captação para cada

membro da população de abrangência. Essa abordagem difere dos modelos britânicos e italianos de PPP, em que o setor privado administra ambos os elementos, clínicos e não clínicos, no hospital, e é dada a responsabilidade de cuidados de saúde à população local definida (THOMPSON; MCKEE, 2004).

A reforma do sistema hospitalar norueguês criou novas demandas de estruturas de gestão, e o parlamento decidiu que todos os departamentos hospitalares seriam obrigados a implementar a gestão unitária a partir de 2002. A gestão unitária pode ser entendida como a implementação de uma ideia fundamental das reformas da NAP ou NGP, ou seja, a gestão de desempenho como base para a função pública. De acordo com esse ponto de vista, os gestores devem ter plena responsabilidade e autonomia para alcançar os objetivos. Em outras palavras, os departamentos do hospital devem ser avaliados segundo sua capacidade de atingir um conjunto de critérios claros de desempenho e alcance de metas. A tendência é avaliar o desempenho sem depender de sistemas de avaliação baseados em normas profissionais, regras e especificações de procedimentos. As diferentes reformas mencionadas aqui têm como objetivo estabelecer a autonomia organizacional, para alcançar transparência e gestão profissional. O governo norueguês, à época, acreditava que esses pressupostos gerenciais reforçam a capacidade dos hospitais para esclarecer e traduzir visões e estratégias, além de comunicar e vincular os objetivos estratégicos e as medidas para o desempenho (PETTERSEN; NYLAND, 2006).

Reddy e Mary (2013) relatam que, com os sistemas de serviços públicos inadequados, os governos estaduais na Índia estão fazendo experiências com PPPs na prestação de cuidados de saúde para alcançar as camadas mais pobres e carentes da população. Além disso, em alguns países em desenvolvimento, como o Lesoto, o modelo de parceria tem fornecido a base para projetos que transferem o controle de formas complexas de cuidados clínicos para o setor privado por um período de duas décadas ou mais (MACHADO; SIMÕES, 2011).

Embora o processo PFI tenha sido simplificado pela utilização de modelos de contratos e outras medidas para reduzir o alto nível de

complexidade – e, portanto, altos custos de assessorias técnica, jurídica, financeira e outros –, o processo continua difícil para ambas as partes (MACHADO; SIMÕES, 2011). Onde quer que eles ocorram, e sob qualquer forma, esses contratos variavelmente chamados Iniciativas de Financiamento Privado (PFI), parcerias público-privadas (PPPs ou P3), tornaram-se mais difíceis de implementar desde a crise financeira global, que teve um efeito negativo sobre a oferta de financiamento e aumentou o seu preço, ou seja, os juros dos empréstimos contraídos pela iniciativa privada junto ao mercado financeiro têm ficado cada vez mais elevados, e a nota dos títulos das empresas especializadas nesse tipo de transação tem sido rebaixada constantemente por entidades e bancos que fazem avaliações do mercado financeiro (HELLOWELL, 2013).

PPP na administração hospitalar brasileira

Em uma época de restrições orçamentárias, muitas organizações hospitalares têm feito transações com fornecedores de capital externo para financiar suas necessidades de investimento. Recentemente, as organizações de cuidados de saúde financiadas com recursos públicos na Austrália, Canadá, França, Itália e Reino Unido (entre outros países) fizeram uso extensivo de acordos de financiamento privado, em que os investidores especializados organizam o financiamento, construção e manutenção de edifícios de saúde, recebendo em retorno uma taxa periódica paga pela autoridade pública (MACHADO; SIMÕES, 2011).

No Brasil, a inserção de PPP e novos modelos administrativos para gestão hospitalar foi iniciada em São Paulo (CARNEIRO JÚNIOR; ELIAS, 2002). Havia um plano metropolitano de saúde que precisava ser cumprido, pois o governo estadual conseguiu um empréstimo junto ao Banco Mundial para a ampliação de assistência em saúde. Após vários anos, ainda havia uma série de hospitais a serem terminados e, com a conclusão das obras, eles não poderiam entrar em operação, pois não existia disponibilidade orçamentária para ampliar o comprometimento das despesas com a folha de pagamento. Por isso, foi iniciado um processo de reforma do aparelho do estado paulista, com base em leis

e decretos, objetivando ampliar a participação privada no setor público e a desestatização de alguns serviços. A legislação que possuiu mais impacto sobre o setor de saúde foi a Lei Complementar nº 846, de 1998, que abriu a possibilidade de participação de entidades privadas sem fins lucrativos na administração de hospitais e outros equipamentos públicos de saúde. A lei estadual afirmava que a Secretaria Estadual de Saúde, por meio de seu secretário, qualificaria entidades, como organizações sociais da saúde, que teriam a prerrogativa de participar da administração de, exclusivamente, novos hospitais.

A Secretaria Estadual abriu concorrência entre instituições sem fins lucrativos; o vencedor passaria a administrar os serviços, com contratos de cinco anos, renováveis, e a implantação de controle por meio de contratos de gestão, avaliados trimestralmente para análise de indicadores quantitativos e qualitativos. Carneiro Júnior e Elias (2003) citam a prestação de contas trimestral como importante fator para melhoria na qualidade do acompanhamento dos serviços prestados e a consideram um dos avanços dessas PPPs.

O financiamento dos primeiros contratos de gestão firmados obedecia à seguinte estrutura: faturamento a partir da produção, seguindo a tabela SUS, com 50% desse valor acrescidos de uma diferença referente ao valor financeiro do déficit que eles apresentavam mensalmente. A partir de 2001, houve uma mudança nos cálculos de repasse de recursos: como a autoridade sanitária do estado possuía um histórico de produção dos serviços, definia um valor que seria pago durante a vigência do contrato, em que 90% eram fixos e 10% variáveis, a partir de indicadores qualitativos que eram avaliados trimestralmente. Naquele mesmo ano, a Direção Regional de Saúde (DIR) passou a participar da definição dos serviços a serem contratados pelos hospitais. Ou seja: "[...] deixou de caber exclusivamente ao provedor estabelecer a composição dos serviços ofertados. Essa atribuição passou a ser uma decisão da instância de deliberação do SUS na esfera em que o hospital está inserido." (FERREIRA JÚNIOR, 2002).

Os contratos de gestão com as OSS incluem um conjunto de serviços que, no caso das unidades hospitalares, se dividem nas seguintes

modalidades: internações, hospital-dia, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência, exames realizados em apoio a outras unidades de saúde (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo). As quantidades de serviços a serem prestados durante o período de vigência do contrato são descritas de forma detalhada, por modalidade (PAHIM, 2009). Vale ressaltar que, caso 85% da meta não fossem alcançados, haveria redução do repasse para determinado bloco.

Importante demarcar que essas estratégias não atendiam hospitais da administração direta, que continuam com suas atividades orientadas por contratos com tetos financeiros fixos e de difícil alteração. Segundo estudo realizado por Seixas (2003), com gestores de hospitais, a maneira de financiar as OSS criava uma série de problemas para o planejamento orçamentário da Secretaria de Saúde de São Paulo (SES-SP) devido à apresentação de valores, por parte da iniciativa privada, que estavam acima das expectativas do planejamento da gestão estadual.

São Paulo foi pioneiro no novo modelo administrativo, na criação de lei estadual específica com a finalidade de transferir a administração de hospitais públicos para entidades privadas. Contudo, esse modelo passou a ser implementado em diversos outros estados, como Santa Catarina (GOMES FILHO, 2012), Bahia (INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA, 2012), Minas Gerais (GOMES, 2009), Pernambuco (MELO, 2011).

Alguns destaques na implantação de novos modelos administrativos podem ser apontados, como o Pro-Hosp, parceria entre o governo do estado de Minas Gerais e os hospitais participantes. Os recursos financeiros são repassados mediante um acordo de melhorias, avaliadas através de indicadores e metas de desempenho a serem alcançadas. Essas ações demonstram o governo estadual mobilizando-se estrategicamente para enfrentar os vários problemas do sistema. O programa introduziu uma nova cultura nos hospitais, reduzindo o tempo de permanência de pacientes, ampliando a contratação de RH, reduzindo o número de cesáreas e a mortalidade nos hospitais, melhorando a taxa de ocupação e rotatividade nos leitos (ABREU, 2012). Cada estado desenvolveu algumas especificidades nos modelos de administração e nas suas leis, para que houvesse a possibilidade de implementação do

modelo. Na Bahia, quem fiscaliza as OSS é a própria secretaria, que solicitou a sua inserção para administração do serviço. A lei baiana autoriza a dispensa de licitação no contrato de gestão entre o governo e as OSS (INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA, 2012).

Em Pernambuco, apesar da possibilidade de a gestão de unidades hospitalares ser realizada por uma fundação estadual, o governo estadual fez a escolha de repassar a gestão de unidades de saúde para organizações sociais e a fiscalização é responsabilidade do Tribunal de Contas e, por um certo tempo, da agência reguladora estadual (MELO, 2012).

Parceria público-privada na saúde de Pernambuco

A expansão no número de unidades de saúde administradas por empresas, iniciada em 2009 no estado de Pernambuco, é um pouco diferente de São Paulo, pioneiro nesse modelo, que ainda em 1998 começou a implementar a política de "desestatização" da gerência de unidades de saúde. No modelo paulista, apenas unidades hospitalares novas eram administradas por OSS (CARNEIRO JÚNIOR, 2003). Em Pernambuco, há uma pequena diferença, pois algumas unidades "antigas" administradas pelo governo estadual foram repassadas às OSS. A soma de unidades novas e antigas superava os 50% de serviços administrados pela gestão estadual no ano de 2014 (SANTOS, 2014). Contudo, todas as unidades existentes, antes de serem entregues às organizações sociais, sofreram profundas e importantes mudanças na sua infraestrutura, inclusive com a possibilidade de ampliação do quadro de funcionários e mudança de alguns servidores públicos para outros hospitais que se mantiveram no modelo tradicional de administração pública.

No modelo paulista, a possibilidade de ampliar o número de funcionários ligados ao Estado, sem a contratação direta, foi um dos maiores incentivos, devido a uma lei estadual (Lei Camata) que impossibilitava a contratação de recursos humanos, em decorrência do limite de gastos com pessoal. Ao vinculá-la à administração privada, não haveria reflexos do pagamento dos novos profissionais e trabalhadores nos limites de gastos com recursos humanos (SEIXAS, 2003). Esse aspecto

é uma das maiores polêmicas desse novo modelo administrativo, pois seria uma maneira de não cumprir a lei.

Um dos principais motivadores para esse modelo em Pernambuco não foi apenas a Lei de Responsabilidade Fiscal. Na verdade, foi a possibilidade de ganho de agilidade na contratação de recursos humanos, sobretudo médicos (SANTOS, 2014), o que corrobora com Forgia e Harding (2009), ao relatarem que a maior facilidade no processo de contratação de médicos e enfermeiros faz com que os gestores dos hospitais administrados por OSS tenham a possibilidade de contratar pessoas para ocupar as funções nos hospitais, além de pagar melhores salários por desempenho. Uma das maiores vantagens seria contratar e demitir utilizando-se o código civil brasileiro.

As motivações relacionadas aos recursos humanos corroboram os estudos que mostram que o principal problema para o planejamento e gestão da saúde está exatamente nessa área, devido aos seguintes fatores: elevada autonomia, grande especialização e concorrência, sobretudo por médicos, baixo poder de regulação por parte do Estado, dificuldade de gerar estímulos e cobranças que possam não ter o consentimento por parte das corporações profissionais (PAIM; TEIXEIRA, 2007; PORTELA; TEIXEIRA, 2011).

Entre os anos de 2008 e 2013, a gestão de saúde pernambucana ampliou os gastos em saúde com transferência de recursos para entidades privadas (SANTOS, 2014). Desde o início da entrada das OSS na administração de serviços públicos de saúde no Brasil, esse fenômeno tem ocorrido com serviços ambulatoriais e hospitalares. O Instituto de Saúde Coletiva (2012) menciona que, no estado da Bahia, entre os anos de 2007 e 2010, houve um investimento superior a 650 milhões de reais em um modelo semelhante ao pernambucano. Pahim (2009) esclarece que a ampliação de investimentos em saúde no estado de São Paulo está diretamente associada à ampliação de investimentos em serviços administrados por entidades privadas sem fins lucrativos. Fato semelhante foi observado em Pernambuco.

Alguns autores acreditam que a principal motivação para o novo modelo é a nítida intenção do governo em adotar mecanismos de fuga

do regime jurídico de direito público. Quando se escolhem organizações sociais para absorver atividade exercida por ente público e utilizar o patrimônio público, evidencia-se que, em último caso, o objetivo é fugir dessa situação que, de fato, estaria sujeita ao direito público. Como conclui o Instituto de Saúde Coletiva (2012, p. 27): "É a mesma atividade, exercida pelos mesmos servidores públicos e com a utilização do mesmo patrimônio, porém sem as amarras ou burocracias da Administração Pública." Pode-se constatar que tanto Pernambuco quanto outros estados escolheram as OSS como principal arranjo jurídico para administração de serviços hospitalares.

Observa-se que Pernambuco mimetizou o modelo de alguns estados brasileiros e até experiências internacionais. Quando se busca realizar uma análise do processo de construção da política, verifica-se que há poucas evidências sobre o modelo. O que há, na verdade, é uma transferência de experiência sem ser antecedida por uma ampla discussão com a sociedade e com as instituições de pesquisa e técnicos da área (SANTOS, 2015). Os principais estudos sobre a participação de OSS na administração de serviços públicos de saúde no Brasil vêm de São Paulo (SANO, 2008). Pesquisas recentes têm apresentado certa "fadiga" no modelo de PPP na administração de hospitais públicos, com elevação de custos dos procedimentos, seleção adversa e barreira de acesso a pacientes, além de fragilidade no controle e construção dos contratos de gestão (PAHIM, 2009; PERDICARIS, 2012).

Com o passar dos anos, os gastos em saúde em Pernambuco se ampliam mais que a média nacional e o estado continua a concentrar serviços em regiões que, historicamente, possuem um elevado provimento de equipamentos de saúde. Esse fato é consequência da maneira pela qual ocorrem as discussões da política de saúde no estado (SANTOS, 2014). A frágil participação social na construção do modelo de administração de serviços públicos por parte de entidades privadas não é exclusividade pernambucana. Sobre o controle social, Seixas (2003) relata que, na visão das OSS de São Paulo, a aprovação elevada por parte da sociedade demonstra participação social além das atividades desenvolvidas extramuros por algumas instituições (como

atendimentos domiciliares, ateliê de psiquiatria e outros), e o controle é realizado a *posteriori* por meio da participação da sociedade na comissão de avaliação dos contratos de gestão estabelecidos, com a participação de membros do Conselho Estadual de Saúde e da Assembleia Legislativa. O controle das prestações de contas é executado pelo Tribunal de Contas do Estado. Por outro lado, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2006) ressalta que é preciso reconhecer que o melhor controle social é feito pela própria população usuária, ao manifestar sua opinião sobre os atendimentos em pesquisas de opinião realizadas com pacientes e familiares. Carneiro Júnior (2003) relata que, no mesmo estado, a discussão com a sociedade sobre a entrada de novos atores na administração de serviços públicos não foi realizada em profundidade, pois a lei que permitiu essa possibilidade foi aprovada em regime de urgência pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, o que fragilizou o debate com a sociedade.

Esse comportamento observado, de pouca discussão com a sociedade, não é exclusividade desses locais. Gomes Filho (2012) aponta que, em Santa Catarina, houve processo semelhante quando da escolha da disposição de equipamentos no território e de como deveriam se realizar os gastos em saúde: se na atenção básica ou na média e alta complexidade. Com isso, o modelo de PPP escolhido corroborou a ampliação da concentração de poder nas mãos do Estado e o menor compartilhamento da decisão nas definições dos rumos políticos, o que ampliou a atribuição executora de políticas por parte da secretaria estadual. Tal situação ficou dissonante com a atual discussão da construção das políticas de saúde no Brasil, segundo a qual se defende que os estados participem coordenando as redes de atenção, promovendo articulação regional, garantindo qualificação técnica aos municípios e às regionais de saúde para que as instâncias de governança do SUS passem a desenvolver políticas (MENDES, 2009).

O modelo federativo brasileiro, com descentralização de políticas, associado à forma de organização das secretarias de saúde, fragiliza a governança do SUS (RICH; GOMES, 2012). Há dificuldade na constituição de políticas longitudinais e com planejamento estratégico

centrado em evidências qualificadas, pois de dois em dois anos ocorrem eleições, tornando o horizonte de discussão estreito e cheio de meandros que vão além de uma construção técnica, científica e isenta de disputas associadas ao processo político subjecente.

Nesse debate político, utiliza-se como um dos argumentos a necessidade de garantir estabilidade à continuidade institucional mediante embates político-partidários na execução da política pública de saúde. Segundo Paim (2011), entende-se a necessidade de profissionalizar a gestão com servidores estatutários com carreiras públicas definidas como um forma de reduzir a influência de um Estado patrimonialista, clientelístico, autoritário e "colonizado por interesses privados". Notadamente em países com sistemas de saúde reconhecidos pela qualidade, verifica-se o esforço por encontrar pontos de convergência de interesses entre os agentes econômicos e a estrutura de autoridade sanitária dos níveis de governo, na busca de padrões de excelência exigidos pela sociedade para prestação de serviços públicos de responsabilidade do Estado.

Cabe ressaltar uma constatação de Secchi (2009), de que políticos, funcionários de carreira e empreendedores em geral, podem alterar a visão coletiva a respeito das organizações públicas, usando as reformas administrativas como argumento. Entretanto, não são raras as reformas da administração pública que avançam mais em autopromoção e retórica do que em fatos concretos. Até mesmo nas organizações mais modernas, pode-se deparar com o patrimonialismo pré-burocrático que ainda sobrevive por meio do nepotismo, corrupção e sistemas de designação para cargos públicos sem a devida qualificação técnica, com base na lealdade política.

Possíveis recomendações

Em diversos países europeus, mesmo naqueles em que há PPPs na administração de serviços de saúde, vem sendo defendida a criação de conselhos locais que passariam a participar da discussão dos rumos da política. É o que ocorre na Inglaterra (THE CHANGING, 2013), Finlândia e Suécia, onde conselhos locais podem apoiar as definições

das políticas e até participar do financiamento (THOMPSON; MCKEE, 2004). Estudo realizado na Itália apresenta uma experiência em que uma espécie de junta de especialistas é criada, por um período definido de 3 (três) anos; no fim desse período, é feita uma avaliação externa das parcerias entre o poder público e as entidades privadas, e a junta deve deliberar sobre a liquidação ou a continuidade da parceria. Importante destacar que, no modelo apresentado, há uma distribuição de responsabilidade entre a autoridade sanitária local, que administra diversos serviços de saúde, e os especialistas externos que dão suporte às decisões. O estudo de Capellaro e Longo (2011) demonstra a necessidade de fechamento de diversos serviços hospitalares, ora, a participação da junta de especialistas tornou-se um importante parceiro na reorganização da rede de saúde e no encerramento de atividades de antigos serviços. Propostas semelhantes são observadas em estudo espanhol (BERNARDO; VALLS; CASADEUS, 2012).

Observa-se que ainda há controvérsias sobre o papel regulador público nos novos arranjos jurídicos do SUS. Segundo Forgia e Harding (2009), no estado de São Paulo, em virtude do descumprimento de metas estabelecidas no contrato de gestão firmado entre a entidade privada e o poder público, ocorreram punições administrativas à entidade infratora. Borges (2012) menciona que ainda é muito frágil o poder regulatório realizado pelo governo de São Paulo. Um estudo do próprio Tribunal de Contas Estadual, com algumas organizações sociais, revelou descumprimento de diversas metas e que, até então, não haviam ocorrido punições. Fato semelhante é encontrado no estudo de Ferreira (2014), no estado do Rio de Janeiro, onde os contratos entre entidades privadas e OSS têm falhas que não geram advertências ou mudanças de rota no modelo político-administrativo. Melo (2012), em estudo realizado em Pernambuco, também encontrou resultados semelhantes aos achados em outros estados.

Uma questão relevante e que traz à tona a importância da melhoria no papel regulatório público das entidades privadas vem de um alerta de Pahim (2009): ao analisar mais de uma dezena de OSS do estado de São Paulo, constatou que os preços médios contratados não refletem

o custo dos procedimentos, havendo uma preocupação com uma negociação adequada no valor integral do contrato pela dificuldade em avaliar alguns custos unitários. Por fim, há um peso político na negociação dos contratos que pode aumentar ou diminuir os valores e os cálculos de eficiência de cada serviço. Carneiro Júnior (2002) cita a fragilidade do modelo de monitoramento adotado pelo Tribunal de Contas, com um olhar exclusivamente contábil. Relata, também, que a Assembleia Legislativa e o Conselho Estadual de Saúde, assim como a Secretaria Estadual de Saúde, não têm logrado êxito no controle da eficiência das OSS, o que vai além do contrato de gestão. Os impactos de um melhor controle e regulação pública também podem se dar sobre os hospitais filantrópicos (ABREU, 2012) e públicos tradicionais (PERDICARIS, 2012), o que traz importantes questões para o serviço de saúde.

Para Sekhri, Feachem e Ni (2011), as PPPs devem possuir uma liderança forte e contínua e o Estado deve ter uma ação reguladora, o que é difícil para aqueles que são tradicionalmente executores. Deve haver também muita habilidade dos setores públicos e privados, pois os contratos são longos e cheios de meandros complexos. A seleção criteriosa do parceiro privado exige uma maior interação e discussão com potenciais licitantes durante as fases pré-contratuais e uma abordagem mais flexível para aquisição de processos públicos tradicionais. Em países em desenvolvimento, há sempre mais riscos, pois geralmente há déficits orçamentários e prestação de serviços em instalações inadequadas, o que torna as PPPs menos viáveis. Outro ponto importante é a ampliação dos investimentos em conselheiros especialistas, que são necessários para negociar contratos de longo prazo e razoavelmente alocar riscos e benefícios, bem como especificar padrões de desempenho mensuráveis. Para reforçar a capacidade local na contratação, muitos países estabeleceram agências para apoiar as PPPs e acompanhar o seu desempenho. Assim, tem sido sugerida a criação de agências em algumas situações específicas.

Por fim, mesmo reconhecendo que o cotidiano da gestão em saúde é repleto de desafios, urgências e necessidades diversas, compete ressaltar o imperativo de construção de ações estruturadoras que

provoquem mudanças paradigmáticas, inclusive no campo da gestão. Nesse sentido, as mudanças devem ocorrer após uma análise criteriosa que busque excluir conflitos de interesses, sustentadas em evidências que apoiem a tomada de decisão e favoreçam escolhas efetivas, resolutivas e acessíveis para a compreensão da sociedade representada nos espaços de governança participativa.

Referências

ABREU, A. A. de. *Estratégias hospitalares e o Pro Hosp:* uma análise da parceria público-privada com o estado de Minas Gerais. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2012.

BARROS, P. P.; MARTINEZ-GIRALT, X. Contractual design and PPPs for hospitals: lessons for the portuguese model. *The European Journal of Health Economics*, Berlin, v. 10, n. 4, p. 437-453, out. 2009.

BERNARDO, M.; VALLS, J.; CASADESUS, M. Strategic alliances: an analysis of Catalan hospitals. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 31, n. 1, p. 40-47, jan. 2012.

BLAKE, N. Pros and cons of Public Private Partnerships. *Australian Nursing Journal*, North Fitzroy, v. 11, n. 8, p. 15, mar. 2004.

BORGES, F. T. *Desafios e Perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do neoliberalismo.* 2012. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2012.

BRASIL. Lei n° 8987 de 13 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre concessão e permissão de serviço público. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8987cons.htm>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.* Brasília, 1995.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *Burocracia pública.* São Paulo: FGV, 2008.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *Os três ciclos da sociedade e do Estado* (Ed.). Escola de Economia de São Paulo: textos para discussão. São Paulo: FGV, 2012. p. 1-45.

CAPPELLARO, G.; LONGO, F. Institutional public private partnerships for core health services: evidence from Italy. *BMC Health Services Research*, London, v. 11, p. 82, jan. 2011.

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

CARRERA, M. B. M. *Parceria público-privada na saúde no Brasil:* Estudo de caso do Hospital do subúrbio de Salvador – Bahia. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *As organizações sociais como alternativa de gerência.* Brasília, 2006. (Nota Técnica, n. 17).

EXWORTHY, M.; POWELL, M; MOHAN, J. The NHS*:* quasi-hierarchies, quasi-markets and quasi-networks. *Public Money and Management*, London, v.19, n. 4, p. 15-22, 1999.

FERLIE, E. et al. *A nova administração pública em ação.* Brasília: UNB, Enap, 1999.

FERREIRA JUNIOR, W. C. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 243-264, 2003.

FERREIRA, S. C. C. *Política Pública de Saúde:* Análise da agenda do Estado do Rio de Janeiro. 2012. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

FLEURY, S. Reforma del Estado. *Instituciones y Desarrollo*, Barcelona, v. 14, n. 15, p. 1-28, 2003.

FORGIA, G. M.; HARDING, A. Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. *Health Affairs (Project Hope)*, Millwood, v. 28, n. 4, p. 1114-1126, 2009.

GOMES, E. G. M. *Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública:* uma análise à luz da experiência de Minas Gerais. 2009. Tese (Doutorado em Administração) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009.

GOMES FILHO, W. V. *Organizações sociais de saúde em Santa Catarina:* a visão de seus stakeholders. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

HELLOWELL, M. PFI redux? Assessing a new model for financing hospitals. *Health Policy*, Amsterdam, v. 113, n. 1-2, p. 77-85, nov. 2013.

IBANHES, L. C. et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA (Bahia). Programa integrado de economia, tecnologia e inovação em saúde. *Avaliação econômica dos hospitais gerenciados por organizações sociais no estado da Bahia*. Salvador, 2012.

LEE, H. S. A study on the public-private partnership to global health issues in Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives*, Oxford, v. 4, n. 6, p. 308-315, Dec. 2013.

MCKEE, M.; EDWARDS, N.; ATUN, R. Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, Genève, v. 84, n. 11, p. 890-896, Nov. 2006.

MELLO, G. A. et al. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no estado de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 853-866, 2011.

MENDES E. V. *As redes de atenção à saúde.* Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MONTAGU, D.; HARDING, A. A zebra or a painted horse? Are hospital PPPs infrastructure partnerships with stripes or a separate species? *World Hospitals and Health Services: the Official Journal of the International Hospital Federation*, London, v. 48, n. 2, p. 15-19, Jan. 2012.

O'REILLY, J.; WILEY, M. Who's that sleeping in my bed? Potential and actual utilization of public and private in-patient beds in Irish acute public hospitals. *Journal of Health Services Research & Policy*. [S. l], 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20592047>. Acesso em: 4 Jun. 2013.

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 São Paulo. 2009. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. *Con*figuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 Jun. 2013.

PANZER, R. J.; GITOMER, R. S.; GREENE, W. H. et al. Increasing demands for quality measurement. *JAMA*, Chicago, v. 310, n. 18, p. 1971-1980, Nov. 2013.

PERDICARIS, P. R. *Contratualização de resultados e desempenho no setor público:* a experiência do contrato Programa nos Hospitais da Administração Direta no Estado de São Paulo. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2012.

PETTERSEN, I. J.; NYLAND, K. Management and control of public hospitals - the use of performance measures in Norwegian hospitals. A case study. *The International Journal of Health Planning and Management*, Oxford, v. 21, n. 2, p. 133-149, Apr. 2006.

REDDY, S.; MARY, I. Rajiv Aarogyasri community health Insurance scheme in Andhra Pradesh, India: a comprehensive analytic view of private public partnership model. *Indian Journal of Public Health*, Calcutta, v. 57, n. 4, p. 254-259, 2013.

RICH, J. A. J.; GOMEZ, E. J. Centralizing Decentralized Governance in Brazil. *Publius: The Journal of Federalism*, Oxford, v. 42, n. 4, p. 636661, Apr. 2012.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: O caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *ERA*, v. 48, n. 3, p. 64-80, 2008.

SANTOS, F. de A. da S. et al. Motivações para expansão de organizações sociais da saúde: percepção de gestores estaduais. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 8, p. 2220-27, 2014. Supl. 1.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*, Rio de janeiro, v. 43, n. 2, p. 347369, abr. 2009.

SEIXAS, P. H. D. *As organizações sociais de saúde em São Paulo, 1998-2002*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2003.

SEKHRI, N.; FEACHEM, R.; NI, A. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. *Health Affairs (Project Hope)*, Millwood v. 30, n. 8, p. 14981507, Aug. 2011.

THE CHANGING. Face of the NHS in London. *Health Estate*, London, v. 66, n. 5, p. 38-44, 2013.

THOMPSON, C. R.; MCKEE, M. Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union. *Health Policy*, Amsterdam, v. 67, n. 3, p. 281-291, Mar. 2004.

3

Organizações sociais de saúde e o controle externo

Uma análise a partir do Tribunal de Contas de Pernambuco

Adriana Maria Gomes Nascimento Leite
Hélder Freire Pacheco

Introdução

Desde a década de 1990, a suposta crise do modelo burocrático fomentou o debate e a implementação de propostas de mudança na gestão dos serviços públicos no Brasil. Nesse contexto, emergiram novos arranjos organizacionais, centrados no paradigma da eficiência do mercado. Eles visavam, na sua primeira geração, objetivamente, racionalizar e reduzir o gasto público. Uma das alternativas consistiu na delegação de serviços públicos, por meio de contratos de gestão, às entidades privadas sem fins lucrativos, qualificadas como "organizações sociais" (OS), na tentativa de buscar maior produtividade, qualidade e eficiência (BRESSER-PEREIRA, 1998).

No entanto, a flexibilização dos modelos de gestão, por meio da transferência de serviços públicos para organizações sociais, implica necessariamente o acompanhamento sistemático do cumprimento das metas e do desempenho acordado nos contratos. Medidas de controle, auditoria e regulação vêm sendo postas em prática, dentro do que se convencionou chamar, nos círculos acadêmicos, de Reformas de Segunda Geração[1]. Ou seja, capacitar o Estado para assumir papéis intransferíveis, como a regulação pública, um movimento aparentemente oposto à (des)regulamentação e à (des)institucionalização, adotadas nas primeiras orientações do processo de reforma do serviço público tipicamente de caráter contracionista (ABRÚCIO, 2002).

A despeito do intenso debate, governos de diversos matizes ideológicos vêm adotando orientações gerais dos processos de reforma em

1 A Segunda Geração de Reformas deu-se devido ao balanço da Primeira Geração de Reformas evidenciar que o ajuste estrutural, cujo objetivo último era diminuir o tamanho do Estado, não resolveu uma série de problemas básicos dos países latino-americanos. Por isso, uma segunda geração de reformas foi colocada em pauta com a finalidade de reconstruir o aparelho estatal. O diagnóstico atual afirma que o Estado continua sendo um instrumento fundamental para o desenvolvimento econômico, político e social de qualquer país.

curso, dentro de uma dinâmica política que converge para o uso de instrumentos semelhantes para provisão de serviços públicos no contexto da Nova Gestão Pública[2] (New Public Management – NPM). Na administração gerencial, maior ênfase à governança dos serviços prestados à população tem sido adotada, em vez de execução e controle hierárquicos tradicionais das ações, que estão sendo transferidas em larga escala para o Terceiro Setor. Nesse processo, o Estado assume funções públicas essenciais e intransferíveis e coordena processos de governança.

Segundo Alcântara (2009b), há a necessidade de avaliação profunda e sistematizada de novas formas organizacionais no setor público, mais notadamente as organizações sociais. O autor ressalta que, até o momento, não há avaliações confiáveis que demonstrem maior eficiência dessas novas organizações. É comum, na administração brasileira, a existência de reformas com pouco planejamento e fundamentação, o que propicia resultados parciais e insatisfatórios, que buscam apenas escapar da alegada rigidez do ordenamento jurídico.

Para Mendonça e Machado (2004), as práticas de governança corporativa são referenciadas nos princípios de transparência, equidade, *accountability*[3] e ética. Os autores afirmam que devem existir, nas or-

2 A *New Public Management - NPM* (ou Nova Gestão Pública - NGP) surgiu em meados da década de 1980, especialmente após a crise do petróleo de 1979, ganhando forma e conteúdo nas administrações Thatcher, na Inglaterra, e Reagan, nos EUA. Porém, naquela época, era mais um discurso do que uma "escola" propriamente dita.

3 *Accountability* pode ser traduzida também para o português, deficientemente, por "prestar contas". "*Accountability*" significa que quem desempenha funções de importância na sociedade deve regularmente explicar o que anda a fazer, como faz, por que faz, quanto gasta e o que vai fazer a seguir. Não se trata, portanto, apenas de prestar contas em termos quantitativos, mas de autoavaliar a obra feita, de dar a conhecer o que se conseguiu e de justificar aquilo em que se falhou. A obrigação de prestar contas, nesse sentido amplo, é tanto maior quando a função é pública, ou seja, quando se trata do desempenho de cargos pagos pelo dinheiro dos contribuintes. *Accountability* é um conceito da esfera ética, com significados variados. Frequentemente é usado em circunstâncias que denotam responsabilidade civil, imputabilidade, obrigações e prestação de contas. Na administração, a *accountability* é considerada um aspecto central da governança, tanto na esfera pública quanto na privada, como a controladoria ou contabilidade de custos.

ganizações do Terceiro Setor, mecanismos de governança para que se alcance desempenho social eficiente. Nesse sentido, o contrato de gestão é o instrumento, previsto na Lei Federal nº 9.637/98 (BRASIL, 1998), firmado entre o poder público e a entidade qualificada como "organização social", com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas estabelecidas no Programa Nacional de Publicização.

De acordo com Quinhões (2009), o monitoramento e a medição dos esforços das organizações sociais e dos seus resultados por parte do poder público precisam levar em conta que a manipulação de informações e o acordo de metas de desempenho conservadoras serão sempre um risco que deve ser considerado. Gurgel (2002) ressalta que, além do monitoramento e aferição de indicadores de desempenho, outras questões são igualmente relevantes no acompanhamento do modelo de gestão de serviços públicos de saúde por meio de organizações sociais. O autor levanta as seguintes indagações: *a que custos são fornecidos os serviços? Esses custos diretos e indiretos são sustentáveis no longo prazo e estão sendo adequadamente monitorados pela entidade parceira e pelo Estado? Há riscos de se exacerbar disfuncionalidades do serviço público inerentes ao modelo orientado pelo mercado?*

Os serviços de saúde se apresentam intrinsecamente complexos e os modelos híbridos de gestão adotados trouxeram maior complexidade à coordenação de múltiplos agentes e atores institucionais. Os sistemas de saúde submetidos a novos tracionamentos políticos e desafios precisam, cada vez mais, de acompanhamento sistemático, além de elevada capacidade regulatória do Estado para evitar que possíveis disfuncionalidades e falhas de mercado se materializem e agravem os problemas que o modelo pretende resolver.

Instrumentos de gestão flexíveis e processos de governança, por si sós, não garantem transparência, eficiência e qualidade exigidas pelo modelo de administração pública. Inúmeros interesses estão em jogo na saúde e ressalta-se: até que ponto a flexibilização da gestão dos recursos públicos repassados, em nome de uma administração pública gerencial, não estaria aumentando o risco de um retrocesso ao exercício patrimonial pré-burocrático?

Nesse sentido, os órgãos controladores do Estado, dentre esses os Tribunais de Contas, órgãos constitucionais de controle externo, têm por competência promover fiscalizações contábeis, financeiras, orçamentárias, operacionais e patrimoniais, buscando aferir a legalidade, a legitimidade e a economicidade na aplicação de recursos públicos por parte de qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos.

Coerente com essas prerrogativas, a partir do segundo semestre de 2006, o Tribunal de Contas de Pernambuco (TCE/PE) implantou auditorias de monitoramento durante a fiscalização dos municípios e órgãos estaduais. Ao contrário do modelo tradicional restrito aos fatos já ocorridos, as ações de acompanhamento permitem que os atos dos gestores públicos sejam acompanhados simultaneamente à sua ocorrência. Com o modelo de gestão por OS adotado na saúde em Pernambuco, baseado na transferência da execução dos serviços públicos de saúde a essas organizações sociais de saúde, o TCE/PE instaurou auditorias diversas com o fim precípuo de acompanhar o recurso público aplicado e os resultados esperados desses novos atores institucionais.

O capítulo pretende responder aos seguintes questionamentos: como está caracterizada a implantação das organizações sociais na gestão dos serviços de saúde em Pernambuco? Qual a percepção dos gestores das organizações sociais de saúde sobre sua inserção na rede assistencial do Estado, assim como qual a percepção sobre a fiscalização exercida pelos controles interno e externo? Como são vistos, no modelo de gestão por organizações sociais de saúde, temas importantes relacionados a transparência, qualificação, recursos humanos, financiamento e fiscalização dos contratos de gestão?

Método

Optou-se pela utilização do estudo de caso, com abordagem qualitativa, através de uma pesquisa multimétodo com triangulação de fonte

de dados. A utilização desse método consistiu na possibilidade de um maior aprofundamento sobre a implantação do novo modelo de gestão adotado no Estado e suas repercussões, visto que o estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidências (YIN, 2005).

Para o desenvolvimento do estudo, foram coletados dados referentes ao período de janeiro de 2009 até maio de 2014. A opção por esse período considera o ano de início das atividades das unidades de saúde geridas por OSS em Pernambuco como sendo o marco inicial do levantamento das informações, tendo-se cinco anos com dados disponíveis no e-FISCO e nos sistemas do DATASUS. Os dados foram coletados por meio de observação direta, pesquisa documental e bibliográfica, além de realização de entrevistas semiestruturadas com os responsáveis pelas organizações sociais de saúde que atuam em Pernambuco.

A observação foi selecionada como uma das técnicas de coleta de dados neste trabalho, devido à possibilidade de se captar uma variedade de situações às quais não se teria acesso somente por meio de perguntas (LIMA *et al*., 1999).

A estratégia utilizada na observação direta consistiu na verificação da estrutura e funcionamento das unidades de saúde geridas pelos novos atores institucionais, por meio de visitas às unidades e reuniões agendadas com os seus coordenadores. Por ocasião dos trabalhos de auditoria e utilização da observação direta da realidade existente, foram identificados o *modus operandi* e as especificidades de atuação das diferentes OSS.

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. As teorias buscadas se referiram à modernização do setor público, através da publicização, à teoria do Agente-Principal, aos controles formais instituídos no Brasil, aos novos atores organizacionais inseridos no SUS, assim como ao papel dos órgãos de controle de Estado.

Foram realizadas entrevistas com os responsáveis por quatro organizações sociais de saúde com contratos de gestão vigentes firmados com a SES/PE. Os responsáveis pelas OSS foram questionados sobre suas expectativas quanto ao modelo de gestão adotado em Pernambuco, sobre suas percepções acerca dos diversos tipos de controle e sobre os principais entraves ao novo modelo proposto.

Numa primeira etapa, foi feita uma leitura compreensiva, visando à impregnação dos depoimentos. Numa segunda etapa, foram realizadas estruturas de análises, montadas em temas semelhantes. Por fim, na terceira etapa de análise, buscou-se a compreensão de forma mais ampla, com articulação dos modelos subjacentes às ideias apresentadas. Preferiu-se resguardar o anonimato desses respondentes de saúde, para não restar dúvidas de que o presente estudo não objetivou avaliá-los.

O estudo utilizou dados primários e secundários das unidades de saúde geridas por organizações sociais em Pernambuco, bem como do Tribunal de Contas do Estado, o qual consentiu com a realização da observação direta durante os trabalhos de auditoria.

Resultados e Discussão

Caracterização das organizações sociais que atuam na gestão de serviços públicos de saúde, no período compreendido entre janeiro de 2009 a maio de 2014

A partir de 2009, o governo pernambucano deu início à implantação do novo modelo na área da saúde, por meio da delegação da gestão dos serviços de saúde às organizações sociais de saúde (OSS), visando maior agilidade e eficiência no gerenciamento dos hospitais metropolitanos e das unidades de pronto atendimento (UPAs) recém-construídos. Assim, foram celebrados contratos de gestão entre o governo do estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, e as entidades privadas filantrópicas qualificadas como “organizações sociais de saúde”.

Segundo o Relatório de Contas do Governo do TCE/PE, até dezembro de 2011 havia dez entidades privadas filantrópicas qualificadas

como “organização social”. Até maio de 2014, segundo dados da Agência de Regulação de Pernambuco (ARPE), eram quatorze as entidades assim qualificadas; dentre essas, oito organizações sociais que atuam na área da saúde em Pernambuco.

Até maio de 2014, Pernambuco possuía quinze unidades de pronto atendimento (UPAs), nove Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAes) e sete hospitais, sendo ao todo trinta e uma unidades de saúde geridas por organizações sociais de saúde.

Em 2013, foram inauguradas as primeiras Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada, as UPAes, com serviços que dispõem de consultas com médicos especialistas no interior do estado. As especialidades médicas oferecidas são oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, ortopedia e cardiologia (PERNAMBUCO, 2013).

A pesquisa evidenciou um crescimento acelerado dessa nova forma de gestão, em que o Estado vem delegando a prestação de serviços públicos, principalmente na área de saúde, para entidades do Terceiro Setor.

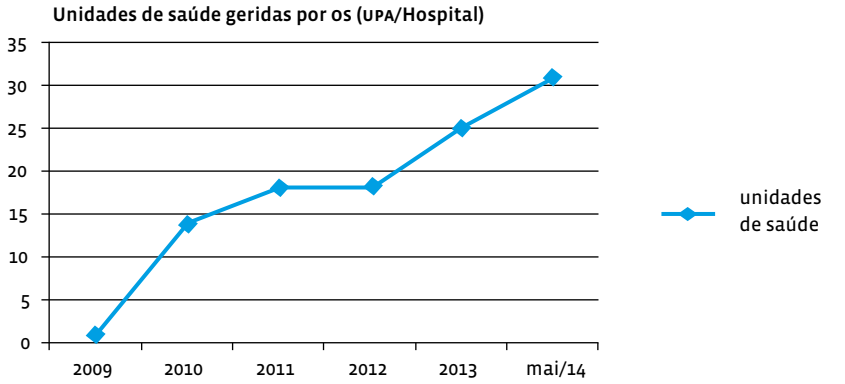
Observando o gráfico 1, percebe-se o expressivo aumento de unidades de saúde no estado geridas por organização social. Em 2009, foi inaugurado o primeiro hospital nessa nova modalidade de gestão, o Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes (HMN).

Segundo Nunes (2006), não obstante as inconstitucionalidades apontadas e as imperfeições técnicas das leis, a Reforma do Estado é um fato, e a terceirização das atividades estatais, uma tendência irreversível. Segundo a autora, cabe-nos fazer os necessários ajustes para que, por meio de mecanismos de controle eficazes, transparência e ética, a expansão do Terceiro Setor se dê de maneira ordenada e proveitosa para a sociedade, propiciando a prestação de serviços de qualidade para a população.

Da análise do gráfico 2, observa-se maior quantitativo de unidades de saúde geridas pela OS IMIP, totalizando dezesseis unidades no estado, enquanto a média de unidades de saúde sob gestão das demais OSS é de duas a quatro unidades de saúde para cada OSS. Ressalte-se que a OS IMIP possui um histórico de parceria com o estado de Pernambuco,

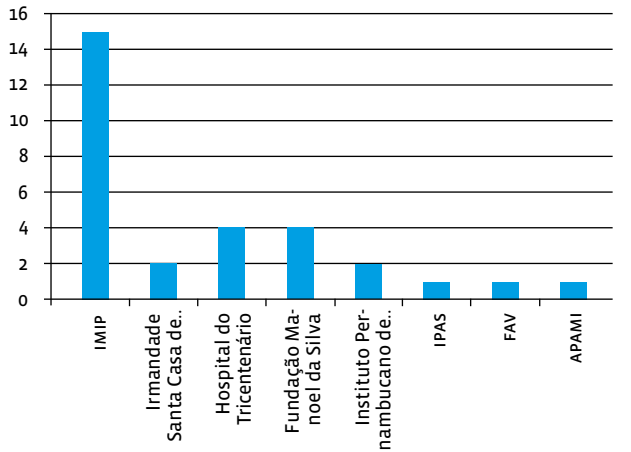
além de uma maior estrutura quando comparada às demais organizações sociais de saúde.

Gráfico 1 – Quantitativo de unidades de saúde sob gestão de OSS, de janeiro de 2009 a maio de 2014



Fonte: elaboração dos autores a partir de dados da Secretaria Estadual de Saúde (PERNAMBUCO, 2014) e do Tribunal de Contas do Estado (PERNAMBUCO, 2011, 2012).

Gráfico 2 – Quantitativo de unidades de saúde por OS mantenedora até maio de 2014



Fonte: elaboração dos autores a partir de dados da Secretaria Estadual de Saúde (PERNAMBUCO, 2014) e do Tribunal de Contas do Estado (PERNAMBUCO, 2011, 2012).

A tabela a seguir resume os contratos de gestão vigentes em 2014 e seus respectivos valores. Ressalta-se que os objetos contratuais de cada contrato de gestão podem ser assim transcritos: "Operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde [...]".

Tabela 1 – Valores dos contratos de gestão com organizações sociais de saúde vigentes até maio de 2014

Organização Social	Contrato de Gestão	Unidade do Objeto	Valor (R$)
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP HOSPITALAR	CG 001/2009	Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes – HMA	38.509.826,00
	CG 002/2009	UPA Paulista	10.332.470,92
	CG 003/2009	UPA Olinda	10.332.470,92
	CG 004/2009	UPA Igarassu	10.332.470,92
	CG 001/2010	UPA - São Lourenço da Mata	10.332.471,00
	CG 006/2010	Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara – HDH	45.306.608,52
	CG 007/2010	Hospital Dom Malan	20.376.000,00
	CG 008/2010	UPA Jaboatão dos Guararapes – Engenho Velho	10.332.470,88
	CG 009/2010	UPA Jaboatão dos Guararapes – Barra de Jangada	10.332.470,88
	CG 010/2010	UPA Caruaru	9.613.344,72
	CG 011/2010	UPA Cabo de Santo Agostinho	10.332.470,88
	CG 004/2013	UPA Garanhuns – Dr. Antônio Simão dos Santos Figueira	16.038.090,50
	CG 006/2014	UPAE Salgueiro	13.200.000,00
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP	CG 004/2011	Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira – HPS	64.920.576,00
	CG 001/2013	UPAE Petrolina – Dr. Emanuel Alírio Brandão	26.148.894,00
Irmandade Santa Casa de Misericórdia	CG 002/2010	UPA Torrões	10.326.404,00
	CG 001/2010	Hospital Regional Fernando Bezerra	10.222.404,00
Hospital do Tricentenário	CG 005/2010	UPA Curado	10.311.064,80
	CG 001/2011	UPA Ibura	10.311.064,80
	CG 002/2014	UPAE Serra Talhada	24.342.660,00
	CG 007/2014	UPAE Afogados da Ingazeira	13.176.000,00
Fundação Manoel da Silva Almeida	CG 003/2010	UPA Caxangá	10.337.917,20

Organização Social	Contrato de Gestão	Unidade do Objeto	Valor (R$)
Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde – IPAS	CG 002/2011	UPA Nova Descoberta	9.689.917,20
	CG 003/2011	Hospital Regional de Palmares Sr. Silvio Magalhaes	24.864.361,80
	CG 005/2011	Hospital Ermírio Coutinho	10.200.000,00
	CG 004/2011	UPA Imbiribeira	10.223.446,36
Fundação Altino Ventura – FAV	CG 003/2013	UPAE Caruaru – Ministro Fernando Lyra	16.041.297,60
Sociedade Pernambucana de Combate ao câncer	CG 005/2014	UPAE Arcoverde	13.200.000,00
	CG 004/2014	UPAE Belo Jardim	13.200.000,00
Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Surubim (Apami)	CG 003/2014	UPAE Limoeiro	8.919.412,50
Total			**501.806.586,40**

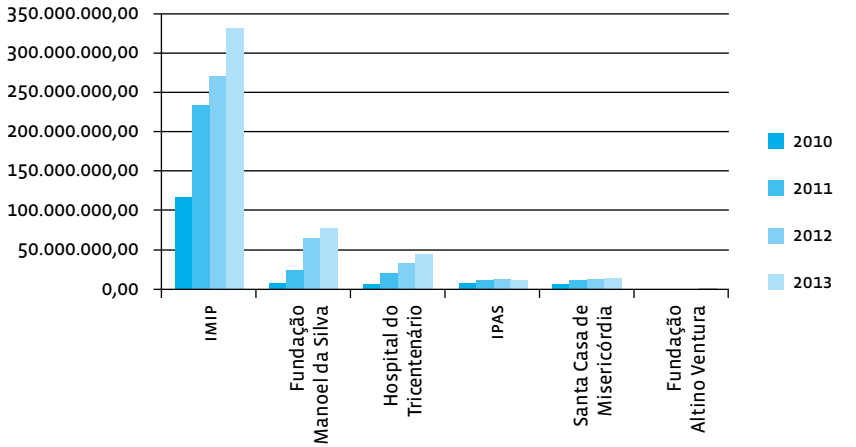
Fonte: elaboração dos autores a partir de dados da Secretaria Estadual de Saúde (PERNAMBUCO, 2014).

Do exposto na tabela 1, verifica-se a existência de trinta e um contratos de gestão vigentes até maio de 2014 firmados pelo estado com as entidades privadas sem fins lucrativos qualificadas como OSS.

O gráfico 3 demonstra o montante de recursos recebidos por cada OSS no período de 2010 a 2013. Observa-se uma tendência crescente dos recursos repassados, o que em parte se deve ao aumento do número de unidades inauguradas a cada ano em Pernambuco. Percebe-se também que a OS IMIP Hospitalar recebeu o maior volume de recursos no período analisado, por gerir uma quantidade maior de organizações de saúde comparativamente às demais OS.

Para Lupia (2001), um dos riscos que pode se materializar na relação existente entre o Agente (prestador) e o Principal (governo) é o da captura da organização para atender aos interesses do Agente. Essa constatação requer um esforço maior por parte dos controles interno e externo, na tentativa de redução desse risco através de monitoramento e supervisão constantes, de um maior fluxo de informações dos indicadores de desempenho e de maior especificação na prestação de contas financeira dos Agentes.

Gráfico 3 – Montante de recursos repassados para cada OSS nos exercícios de 2010 a 2013



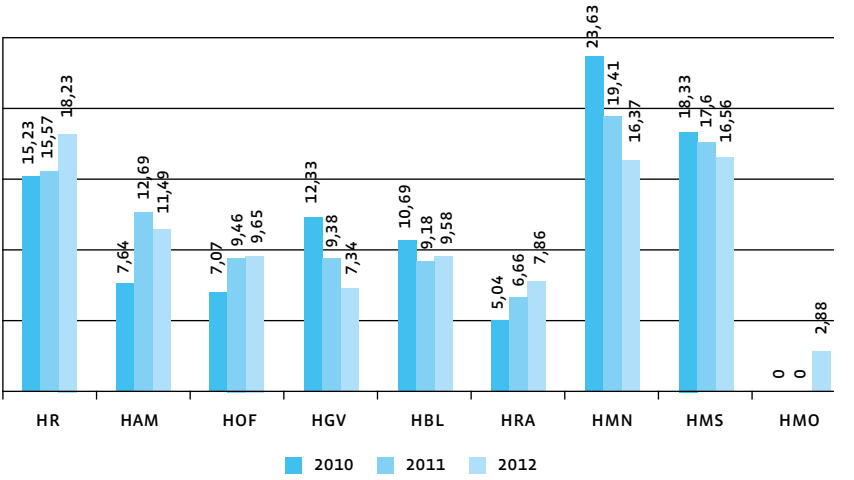
Fonte: elaboração dos autores a partir de dados do Sistema e-FISCO (2014), do Tribunal de Contas do Estado (PERNAMBUCO, 2011, 2012) e da Resposta à Demanda de Ouvidoria (2013) (Anexo E).

O gráfico seguinte mostra a evolução, em percentual, dos valores repassados do orçamento do Fundo Estadual de Saúde (FES) às organizações sociais de saúde.

Da observação dos dados no gráfico 4, verifica-se que os hospitais geridos por organizações sociais receberam, nos exercícios de 2010 e 2011, recursos em um montante superior a hospitais estaduais de grande porte em Pernambuco. Em 2012, os recursos repassados aos hospitais geridos pelo Terceiro Setor ficaram abaixo somente dos recursos repassados ao Hospital da Restauração, o qual consiste na maior urgência e emergência do nordeste do País.

Outra consideração importante diz respeito ao quantitativo de leitos desses hospitais, pois o HMN possui 173 leitos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos Públicos de Saúde (CNES) e o HMS possui 183 leitos registrados, enquanto que o Hospital da Restauração possui, no mesmo cadastro, 730 leitos registrados.

Gráfico 4 – Percentual de recursos repassados para os seis grandes hospitais do estado e para os três hospitais geridos por OS de saúde no período de 2010 a 2012



Fonte: elaboração dos autores a partir de dados do Tribunal de Contas do Estado (PERNAMBUCO, 2010, 2011, 2012).

Nota 1: O Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira (HMO) foi inaugurado em 2012.

Nota 2: Os dados se referem à despesa liquidada.

Nota 3: Para efeito comparativo, recomenda-se utilizar apenas os dados de 2011 e 2012, visto que esses grandes hospitais foram elevados à condição de Unidades Gestoras apenas em 2010 (anteriormente, os gastos efetuados por esses hospitais compunham a execução financeira da I Geres), de modo que os volumes financeiros de repasses de 2010 podem ser considerados como valores de transição.

Especificidades das organizações sociais de saúde em Pernambuco a partir da observação direta nas auditorias do TCE/PE

Desde 2009, quando o novo modelo de gestão surgia em Pernambuco, o Tribunal de Contas, a partir de seu corpo técnico, começou a realizar auditorias tendo como escopo o repasse de recursos e o *modus operandi* dos novos arranjos organizacionais na área da saúde pública.

Com base na observação direta realizada durante as auditorias de saúde, o TCE/PE pôde constatar diferenças entre o modelo anterior e

o novo modelo de gestão dos serviços de saúde em Pernambuco, além de especificidades comuns às organizações sociais de saúde. Para facilitar a análise e compreensão, os resultados dessa observação foram categorizados nos seguintes temas: *transparência, qualificação/habilitação, financiamento, recursos humanos, fiscalização e monitoramento.*

Da transparência

O novo modelo de gestão é caracterizado por maior autonomia gerencial conferida àquelas organizações sociais na prestação de serviços, sendo o foco deslocado do processo em si para o controle dos resultados, ou seja, as OS são dispensadas de determinados procedimentos na compra de serviços e bens, como a realização de processo licitatório, utilização do sistema orçamentário e financeiro e-FISCO, dentre outros. Em contrapartida, devem cumprir rigorosamente as metas estabelecidas nos contratos de gestão e não devem afastar-se do cumprimento dos princípios da administração pública, bem como dos princípios do SUS.

Os dados da aplicação dos recursos transferidos às OS, para efeito da fiscalização, em comparação aos dados dos recursos repassados aos hospitais sob gestão direta da administração estadual, apresentam menos transparência, ou seja, quando se verificam os dados constantes do sistema e-FISCO, não se consegue visualizar a aplicação do recurso público pelas OSS, o que dificulta as atividades de controle externo.

A questão da transparência na administração pública diz respeito à forma como os recursos públicos são distribuídos. Portanto, a questão da *accountability* (transparência e responsabilização) não pode ser negligenciada. De fato, em relação a esse tema, Behn (1998) afirma:

> Os defensores da abordagem da nova gestão pública devem agora não apenas demonstrar que sua estratégia é mais eficiente e eficaz. Eles devem também provar que ela é politicamente responsável. Aqueles que buscam um novo paradigma de gestão pública terão o ônus de apresentar um conceito correlato de *accountability* democrática.

Da qualificação e renovação da titulação das OS

Em 2013, foi publicada a Lei Estadual nº 15.210, a qual estabelece, em seu artigo 3º, que o requerimento de qualificação da entidade interessada deve ser apresentado ao Secretário de Saúde. Portanto, alterou a lei anterior, que estabelecia a solicitação da qualificação ao Secretário de Administração do Estado (PERNAMBUCO, 2013).

Ressalta-se que a entidade privada qualificada como "organização social" deverá buscar a renovação da titulação a cada dois anos. O Relatório de Contas do Governo, com referência à renovação da titulação das organizações sociais, em 2012, evidenciou que todos os decretos de renovação de titulação foram publicados com efeitos retroativos. O relatório ressalta que o decreto de renovação da OS com maior quantitativo de contratos, responsável por oito UPAs e quatro hospitais públicos, foi publicado com efeito retroativo de quase um ano (PERNAMBUCO, 2011, 2012).

Do financiamento

Os valores a serem repassados para as organizações sociais de saúde, conforme estabelecido nos contratos de gestão e seus anexos, compõem-se de duas partes: uma fixa e outra variável (PERNAMBUCO, 2010). A parte fixa corresponde ao percentual de 60% do valor dos repasses. A parte variável é composta por duas parcelas, a saber: 30% calculados com base na produção (avaliação do volume de produção a partir de indicadores de produtividade) e 10% calculados com base na adesão aos indicadores de qualidade. Isso significa que o repasse de 30% da parte variável (40%) depende do cumprimento das metas de produção assistencial, estipuladas através de contrato de gestão, e os outros 10% da parte variável dependem da adesão aos indicadores de qualidade.

A Lei Estadual nº 15.210/2013 determina, em seu art. 10, inciso XVII, a vinculação dos repasses financeiros realizados pelo poder público ao cumprimento das metas pactuadas (PERNAMBUCO, 2013).

Dos recursos humanos

Em relação aos regimes de contratação, por serem organizações regidas pelo direito privado, o regime estatutário não se aplica aos seus funcionários, que, dessa forma, são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A terceirização permanece como uma opção para as atividades auxiliares. Ampliam-se, por consequência, as possibilidades de formas de contratação, facilitando a sua adequação às necessidades de cada situação (MARCONI, 2004).

As organizações sociais possuem liberdade para o gerenciamento de recursos humanos, entretanto os contratos de gestão introduziram limites para o gasto com despesa de pessoal. Analisando-se os contratos de gestão, verificou-se que o limite para despesa de pessoal, em 2013, foi alterado contratualmente para 70%.

Quanto à questão da inclusão das despesas de pessoal no cálculo do limite permitido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, o Tribunal de Contas do Estado não firmou posicionamento sobre o tratamento desses gastos com remuneração de pessoal das organizações sociais para fins de verificação dos limites com despesa de pessoal definidos na LRF.

Quanto à gestão de recursos humanos, a percepção dos responsáveis pelas OSS, nas entrevistas, evidencia um ponto positivo comparativamente à gestão do funcionalismo com vínculo público. Todos os gestores entrevistados apontaram a flexibilização da contratação direta como uma ferramenta importante para trazer uma maior agilidade na contratação e substituição nos casos em que houver necessidade.

Da avaliação e fiscalização dos contratos de gestão

Na avaliação dos contratos de gestão, muitos aspectos, além do monitoramento e aferição de indicadores de desempenho, são relevantes no acompanhamento do modelo de organizações sociais. Alguns aspectos que justificam essa afirmação são metas pouco ambiciosas; falhas na supervisão do cumprimento de metas; não inclusão no contrato de atividades importantes da OS; objetivos vagos; não existência de sanções para metas não cumpridas; maior influência das organizações sociais

do que de seus órgãos supervisores na elaboração dos contratos de resultados; persistência da assimetria de informações entre a entidade prestadora de serviços e o órgão responsável pela política pública perante a sociedade (GURGEL JUNIOR, 2002; PACHECO, 2004).

Em Pernambuco, nos contratos de gestão firmados entre a administração pública e as organizações sociais de saúde, verifica-se a existência de cláusulas que estabelecem metas pouco ambiciosas, a exemplo do simples envio de relatório para o cumprimento de determinada meta.

Percepções dos gestores das organizações sociais de saúde em relação ao modelo de gestão adotado em Pernambuco e à fiscalização dos controles interno e externo

Foram realizadas, no primeiro trimestre de 2014, entrevistas semiestruturadas a quatro responsáveis pelas organizações sociais de saúde que atuam em Pernambuco. Inicialmente os entrevistados foram questionados sobre o papel das OS no novo modelo de gestão dos serviços de saúde adotado em Pernambuco, sobre como é feito o processo seletivo para escolha da OS e como é a relação entre o Estado e os parceiros.

Todos os entrevistados apontaram o processo licitatório para a escolha da organização social responsável pela operacionalização das unidades de saúde. No que diz respeito à relação entre o Estado e os parceiros, eles foram unânimes na opinião de parceria sobre o uso correto desse mecanismo de contratação dos serviços.

Em relação ao papel das OS no novo modelo de gestão adotado em Pernambuco, os entrevistados foram unânimes quanto à expectativa de maior eficiência e resolutividade com o novo modelo de gestão por OS.

Quanto aos questionamentos sobre os órgãos competentes para fiscalização das atividades desempenhadas pelas OS, assim como pela fiscalização do repasse de recursos e sua suficiência, além da relação institucional entre os órgãos de controle interno e externo e sua relação com as OS, foram unânimes quando identificam principalmente a SES/PE e o TCE/PE como órgãos de controle.

No transcorrer da observação direta, foi possível verificar a ausência da Agência Reguladora de Pernambuco como órgão regulador desses serviços instituído no processo de publicização. As entrevistas com os responsáveis pelas OS apontaram para o incipiente papel do agente regulador externo na área da saúde pública.

Quanto ao papel dos órgãos de controle, houve unanimidade sobre a importância das orientações repassadas, por parte daqueles, às organizações sociais de saúde.

Em relação à atuação do TCE/PE, os entrevistados demandaram orientação e *expertise* nesses cortes de contas, reafirmando que essa é a contribuição mais importante oferecida pelo controle externo ao novo modelo de gestão pública, por meio de sua ação preventiva, fazendo com que os Tribunais de Contas se tornem verdadeiros instrumentos de cidadania.

As respostas relacionadas à interação entre os controles interno e externo levam à conclusão de que a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE), como órgão de controle interno, possui uma atuação mais contínua, enquanto que o TCE/PE atua de forma pontual. Um dos entrevistados informou que a Agência Reguladora do Estado de Pernambuco (ARPE) solicita documentos no entanto não dá um retorno à OS. Já os outros entrevistados entendem que a fiscalização traz um *feedback* e facilita a gestão das unidades.

Finalmente, em relação aos recursos repassados pelo Fundo Estadual de Saúde, todos os entrevistados responderam que são insuficientes.

Afirma-se como extremamente importante a atuação dos órgãos de controle, visto que o modelo é novo e há uma necessidade de *expertise* nessa forma de gestão. Assim, como já relatado anteriormente, entende-se que a atuação dos controles interno e externo deve ser pedagógica e de orientação.

Da fala dos responsáveis pelas OSS em relação às dificuldades que obstaculizam a efetivação do novo modelo de gestão, são percebidos importantes gargalos, como a deficiência da atenção primária à saúde em Pernambuco, a manutenção da preservação dos bens patrimoniais sob gestão da OSS e a garantia da continuidade do atendimento

prestado ao usuário do SUS em decorrência de uma regulação de acesso inadequada.

Atuação do controle externo exercido pelo TCE/PE na fiscalização da gestão das organizações sociais de saúde em Pernambuco

Foi identificado que, nos processos de prestação de contas da Secretaria Estadual de Saúde e do Fundo Estadual de Saúde referentes aos exercícios de 2010 e 2011, não houve a apresentação dos relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão contendo comparativo específico entre as metas propostas e os resultados alcançados, conforme determina a Resolução nº 20/2005. Em relação aos exercícios de 2012 e 2013, a prestação de contas do FES apensou os relatórios exigidos na Resolução do TCE/PE.

Em Pernambuco, quanto ao processo de fiscalização, não há previsão de instauração quando da contratualização da OSS, mas apenas anualmente, no bojo da prestação de contas do órgão repassador de recursos.

Em 2014, o TCE/PE publicou a Resolução nº 01, a qual estabelece normas relativas à composição das contas referentes ao exercício de 2013 dos gestores dos órgãos e entidades dos Poderes Executivo e Legislativo municipais. A resolução amplia o conteúdo das informações e documentos obrigatórios que devem compor o processo anual de prestação de contas do órgão repassador de recursos para as OS.

Com vistas a reduzir a assimetria de informação que existe entre as partes signatárias dos contratos de gestão e funcionar como mecanismo de revelação de informação, o desenho institucional a ser estabelecido, no TCE/PE, deve ter uma especial atenção ao conteúdo exigido nas prestações de contas desses contratos (MELO, 2012). O autor afirma que o desenho institucional de controle sobre os contratos de gestão, ao relacionar como documentos a compor a prestação de contas encaminhada ao TCE/PE, apenas o relatório de execução do contrato de gestão e um parecer sobre os resultados elaborado pelo dirigente máximo do órgão, revela informação apenas da dimensão de desempenho.

As vedações contidas na resolução do TCE/PE são extremamente relevantes, pois proíbem contratar a OS diretamente, sem a realização de um processo seletivo, não permitem o pagamento da taxa de administração para a OS, assim como não permitem a celebração de contrato de gestão com entidade filantrópica que não seja previamente constituída e reconhecida.

Quanto à questão dos gastos com remuneração de pessoal das organizações sociais, para fins de verificação dos limites com despesa de pessoal definidos na LRF, o Tribunal de Contas de Pernambuco não firmou posicionamento sobre o tratamento dessa questão.

A atuação do TCE/PE em relação a uma melhor estruturação da Agência de Regulação sobre o Terceiro Setor é de extrema importância para que o controle exercido por essa agência se dê de forma adequada e tempestiva, visto que a principal alegação do órgão em comento consiste na insuficiência de seu quadro de pessoal.

Observa-se, então, a necessidade premente de uma reestruturação dos mecanismos de fiscalização desse órgão de controle externo mediante os novos atores inseridos na gestão pública da saúde, com a prerrogativa de uma atuação preventiva, corretiva e de orientação visando ao acesso, pela sociedade, do resultado de suas ações no contexto do Sistema Único de Saúde.

Santos *et al*. (2014) afirmam que, ao se analisar as recomendações do Tribunal de Contas e as próprias dificuldades das auditorias realizadas em Pernambuco, no que tange ao papel regulador do Estado, a estrutura de fiscalização e controle não acompanhou a evolução da nova organização do serviço de saúde em Pernambuco. Com isso, há um déficit de servidores para auditar, de maneira adequada, o trabalho que é desempenhado por essas novas organizações, fragilizando as funções gestoras que devem ser desempenhadas pelo Estado.

Conclusão

No Brasil, o título de “organização social” é uma qualificação conferida pelo Governo a entidades não governamentais que atuam nas

áreas de educação, pesquisa científica, ensino, cultura, meio ambiente ou saúde, para torná-las aptas a realizar, mediante contratos de gestão, serviços públicos não exclusivos.

Em Pernambuco, nos últimos anos, esse processo está ocorrendo de forma célere e intensa com o crescimento das parcerias com as organizações sociais na gestão de serviços públicos de saúde e com o consequente aumento das transferências de recursos para essas organizações, configurando a mudança do modelo de gestão nos serviços de saúde.

Quando o Estado transfere atividades anteriormente desempenhadas por ele diretamente, deve surgir, concomitantemente, um Estado regulador, por meio das agências reguladoras. Em Pernambuco, a ARPE apresentou estrutura insuficiente para a consecução da fiscalização dos objetivos transferidos às organizações sociais de saúde, sobretudo no que diz respeito à implementação de políticas públicas.

No entanto, além da necessidade do fortalecimento do controle interno governamental, por meio das agências reguladoras, é preciso que os órgãos de controle externo, como Ministério Público e Tribunal de Contas, se adaptem aos novos padrões, pois as mudanças ocorridas nos últimos anos em Pernambuco modificaram o aparato estatal.

A fiscalização dos Tribunais de Contas, no exercício de sua missão constitucional, torna-se peça fundamental na diminuição da assimetria de informação, mediante a publicização do comparativo de metas e resultados contido no relatório de execução do contrato de gestão.

Quanto à função de orientação demandada pelos responsáveis das organizações sociais de saúde que participaram das entrevistas, há previsão, na Constituição Federal, a qual, em seus artigos 70 e 71, concedeu aos Tribunais de Contas diversas funções e competências, dentre elas a função pedagógica: cabe a eles o exercício da competência de emitir comunicações, recomendações e orientações.

Portanto, há uma necessidade de aperfeiçoamento dos mecanismos de fiscalização dos órgãos de controle sobre as atividades desenvolvidas pelo Terceiro Setor. Para isso, torna-se necessária uma melhor estruturação da agência de regulação para a fiscalização efetiva dos

serviços públicos transferidos às organizações sociais de saúde. Além disso, é necessária uma interação maior entre os órgãos de controle interno e externo, no sentido de uma atuação eficaz.

Por fim, a avaliação da observância dos princípios da legalidade, legitimidade, impessoalidade, moralidade e publicidade pelas OSS deve ser aspecto obrigatório de verificação pelos órgãos de controle interno e externo.

Referências

ABRUCIO, F.; LOUREIRO, M. R. (Orgs.). *O Estado numa era de reformas:* os anos FHC. Brasília: MP, SEGES, 2002. Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/oEstadonumaeradereformasosanosfhcparte1.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2014.

ALCÂNTARA, C. M. *O modelo gerencial:* organizações públicas não-estatais e o princípio da eficiência. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

BEHN, R. D. O novo paradigma da gestão pública e a busca da accountability democrática. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 49, n. 4, p. 5-45, out./dez., 1998. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2712>. Acesso em: 9 ago. 2014.

BRASIL. Lei nº 9.637, 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 1 out. 2013.

GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. A reforma do Estado no Brasil e os hospitais universitários federais: o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 547-563, jul./ago. 2002. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6452/5036>. Acesso em: 9 ago. 2014.

LIMA, M. A. D. C.; ALMEIDA, M. C. P.; LIMA, C. C. A utilização da observação participante e da entrevista semiestruturada na pesquisa em enfermagem. *Revista Gaúcha em Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, p. 130-142, 1999. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23461/000265980.pdf?sequence=1>. Acesso em: 8 ago. 2014.

LUPIA, A. Delegation of power: agency theory. In: SMELSER, Neil; MAINWARING, Scott P. *Sistemas partidários em novas democracias*: o caso do Brasil. Porto Alegre: Fundação Getúlio Vargas, 2001.

MARCONI, N. Gap between public and private wages determination in the public sector. *Brazilian Journal of Political Economy*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 257-279, abr./jun. 2004. Disponível em: <http://www.rep.org.br/pdf/94-7.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2014.

MELO, P. H. P. G. *Organizações sociais em Pernambuco:* o desenho institucional de controle externo sobre os contratos de gestão. 2012. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2012.

MENDONÇA, L. R.; MACHADO FILHO, C. A. P. Governança nas organizações do terceiro setor: considerações teóricas. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 302-308, out./ dez. 2004. Disponível em: <http://www.rausp.usp.br/download.asp?file=V3904302a308.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2014.

NUNES, A.; PAES, J. E. S. *Terceiro setor*: controle e fiscalização. 2. ed. São Paulo: Método, 2006.

PACHECO, R. S. Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. In: Congreso Internacional del clad sobre la reforma del estado y de la administración pública, 4, 2004, Madrid. *Anais*..., Madrid: CLAD, 2004.

PEREIRA, L. C. B. *Reforma do Estado para a cidadania:* a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. Brasília: Enap, 34, 1998.

PERNAMBUCO. Agência de Regulação de Pernambuco. *Resolução nº 005, de 14 de dezembro de 2010.* Estabelece condições e procedimentos

para monitoramento e fiscalização dos serviços pactuados com Entidades Privadas sem fins econômicos, qualificadas no Sistema Integrado de Prestação de Atividades Públicas Não-Exclusivas do Estado de Pernambuco. Recife, 2010. Disponível em: <http://www.arpe.pe. gov.br/downloadDoc.php?d=imgLegislacao&f=Resolucao_OS_OSCIP_14.10.10.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2013.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Lei Estadual nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013. Dispõe sobre as organizações sociais de saúde - OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco. *Diário Oficial do Estado*, Recife, 2013. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=15210&complemento=0&ano=2013&tipo=>. Acesso em: 20 mar. 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Relatórios detalhados quadrimestrais.* Recife, 2014. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov. br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/relatorio_detalhado_referente_ ao_30_quadrimestre_de_2013.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado. *Relatório de Contas do Governo.* Recife, 2011. Disponível em: <http://www.tce.pe.gov.br/internet/index.php/2011>. Acesso em: 28 maio 2014.

PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado. Saúde. In: PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado. *Relatório de Contas do Governo*. Divisão de contas dos poderes estaduais. Recife, 2012. Disponível em: <http://www.tce.pe.gov.br/internet/index.php/2012contas/finish/93-2012/ 576-saude- 2012>. Acesso em: 28 maio 2014.

QUINHÕES, T. A. T. *O modelo de governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a qualidade do gasto público hospitalar corrente.* Brasília: Editor, 2009. Disponível em: <http://www.tesouro.gov.br/Premio_TN/XIVPremio/qualidade/1qualidadeXIVPTN/Monografia_Tema4_Trajano_ Augustus.pdf>. Acesso em: 9 out. 2013.

SANTOS, F. A. S. et al. Novos desenhos organizacionais no setor saúde: um estudo de caso no Nordeste brasileiro. In: MARTINS, Maria Inês

Carsalade (Org.). *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas.* Braga: Centro de Investigação em Ciências Sociais, 2014. Disponível em: <http://www.lasics.uminho.pt/OJS/index.php/cics_ebooks/article/view/1888/1814>. Acesso em: 9 ago. 2014.

YIN, R. K. *Estudo de caso*: planejamento e método. 3. ed. São Paulo: Bookman, 2005.

4

Motivações para expansão de modelos de gestão não estatais no SUS

A percepção dos gestores da Saúde Pública de municípios de médio porte em Pernambuco

Heleno José Barbosa Neto
Francisco de Assis da Silva Santos
Hélder Freire Pacheco

Introdução

Processos de reformas estruturais modificaram a relação entre o Estado, a sociedade e a economia, incentivando a efetivação de novos arranjos administrativos, baseados na *New Public Management* desde a década de 1980, que ganharam forma e conteúdo nas administrações de Thatcher na Inglaterra e Reagan nos EUA (ABREU, 2010; LEITE, 2014). Na América Latina, esse modelo foi introduzido entre os anos de 1978 e 1980; no Chile, durante o governo ditatorial de Augusto Pinochet (1973-1990), período que se caracterizou como uma reforma liberal radical (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2017).

No Brasil, desde os tempos de colônia, existem organizações religiosas e assistencialistas que cumprem um papel de substituição ou complemento das responsabilidades atribuídas, atualmente, ao Estado (OLIVEIRA; GODÓI-DE-SOUSA, 2015). E as primeiras evidências sobre atividades de instituições do Terceiro Setor ocorreram em meados do século XVI, com a fundação da Santa Casa de Misericórdia, de cunho assistencial na saúde (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 2017).

No fim da década de 1990, novas relações institucionais foram estabelecidas com o Terceiro Setor, a partir da promulgação da Lei do Terceiro Setor, que criou as denominadas organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), legalizando as relações entre esse setor e o poder público através de termos de parceria, além de permitir que as OSCIP recebessem recursos para execução de projetos. Ao mesmo tempo, concedeu incentivos fiscais às empresas que faziam doações a estas organizações (FERRAREZI, 1997).

O Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), em consonância com as ideias neoliberais, lançou o Plano Diretor da

Reforma do Estado (PDRAE), que transferiu para as Organizações do Terceiro Setor (OTS) a execução de políticas públicas, entre elas as da saúde (BRASIL, 1995; BRESSER PEREIRA, 1998). O PDRAE defendia um modelo de administração gerencial que exigia que o Estado se afastasse do campo da produção e da prestação de bens e serviços, concentrando-se na sua função reguladora. Ou seja, transferia para terceiros a execução da política de saúde e a gestão do trabalho no SUS, na tentativa de desresponsabilizar o Estado dos processos de seleção, gestão das relações de trabalho e qualificação da sua força de trabalho (BRESSER PEREIRA, 1998; SOARES *et al.*, 2016).

Em Pernambuco, a agenda do Terceiro Setor foi institucionalizada em 2001, após o decreto n. 23.046/2001, que regulamentou a Lei 11.743/2001, qualificando as organizações sem fins lucrativos. Os primeiros repasses da gestão de serviços de saúde para organizações do Terceiro Setor ocorreram em 2009, quando foi concretizado o primeiro contrato de gestão, que repassava a gestão do Hospital Miguel Arraes para as organizações sociais de saúde (OSS) (PACHECO *et al.*, 2016). Além disso, houve a celebração dos contratos de gestão entre o governo do estado e as entidades privadas filantrópicas qualificadas como "organizações sociais de saúde" (OSS), visando maior agilidade e eficiência no gerenciamento dos hospitais metropolitanos e das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) (LEITE, 2014).

De acordo com o Relatório de Contas do Governo de Pernambuco de 2015, no estado, existiam 17 organizações sociais (OS), sendo 8 na condição de OSS. Ressalta-se que as diferentes OS possuem campos de atuação e objetivos distintos (PERNAMBUCO, 2015).

Neste contexto, o estudo inclui o debate sobre a transferência da gestão dos serviços de saúde para as OTS. Compreende-se que as relações e interfaces entre Estado e sociedade civil, especialmente nos municípios, ambientes privilegiados para a concretização das políticas públicas, das ações e das práticas de saúde, podem contribuir para compreensão do papel das instituições que atuam no Terceiro Setor na política de assistência à saúde (BARBOSA, 2013). A complexidade das relações pertinentes aos processos organizacionais do setor

público justificaria o permanente esforço de acompanhamento, interpretação e avaliação dos novos modelos gerenciais no SUS. O objetivo deste capítulo é analisar os motivos que levaram os gestores de saúde de municípios de pequeno e médio porte do estado de Pernambuco, com mais vínculos intermediados por OTS, a aderir aos novos modelos de gestão.

Método

Trata-se de estudo derivado de uma pesquisa analítica, com abordagem qualitativa multimétodo. Esse tipo de pesquisa auxilia e apoia o conjunto de conhecimentos produzidos em saúde coletiva, contribuindo para que o fazer ciência seja, de fato, rigoroso e fundamentado em bases teórico-empíricas sólidas (GOMES; MARTIN; SILVEIRA, 2014).

Foram inclusos no estudo os gestores de municípios de pequeno e médio portes que, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), possuíam o maior número de vínculos intermediados por OTS; que ocuparam cargos no período da implantação e operacionalização das OTS em seus municípios; que participaram efetivamente desse processo; e que tenham aderido ao modelo há, no mínimo, três anos. Desta forma, estão representadas seis regiões de saúde de Pernambuco (I, III, IV, V, VI e IX) em que esses modelos estão mais estabelecidos (PERNAMBUCO, 2011).

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2016 e julho de 2017, utilizando dados primários de uma entrevista semiestruturada com gestores municipais. Para este trabalho, foram consideradas OTS, instituições formais não pertencentes ao governo e sem fins lucrativos. São exemplos de OTS: fundações privadas, organizações não governamentais (ONG), organizações sociais em saúde (OSS), organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), associações, entre outras.

Para o estudo do conteúdo do material coletado, foi utilizada a análise de condensação de significados de Kvale (1996). Desta forma, após a organização dos dados, foram selecionadas as unidades naturais de

análise, compostas por trechos das falas transcritas relacionadas à pergunta da pesquisa, sendo, então, apresentados os temas centrais, que retratavam o conteúdo obtido durante a análise das respostas, segundo a compreensão do pesquisador. Por fim, essas informações auxiliaram a descrição essencial da questão de pesquisa, em conformidade com a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado.

Resultados e Discussão

Motivação para a adoção dos novos modelos de gestão

O processo de reforma do aparelho estatal em Pernambuco foi iniciado em 1999, durante o governo de Jarbas Vasconcelos, sob a argumentação de que não havia recursos financeiros suficientes para atender à expansão de serviços dentro dos padrões de gestão tradicional (PACHECO *et al.*, 2016). Porém, somente durante o governo de Eduardo Campos (2007-2014) esse modelo de gestão através de OTS começou a ser estruturado. A premissa era ser necessária a construção de um novo modelo de gestão que obedecesse aos preceitos da administração gerencial, da democratização das relações com os servidores públicos e do sistema de regulação das funções estatais. Apenas em 2009, iniciou-se a transferência da gestão de novas unidades hospitalares ao Terceiro Setor (MELO, 2012).

Nos municípios participantes deste estudo, a transferência da administração direta para as OTS se iniciou em 2013. Um dos principais motivos que levaram os gestores municipais a aderir aos novos modelos de gestão foi a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF, LC 101/2001), que fixa em 54% da receita corrente líquida o limite máximo para despesas com pessoal. Contudo, o denominado *limite prudencial* para a esfera municipal equivale a 51,3% das despesas totais com pessoal (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2010). O não cumprimento desse limite faz com que o município fique mais vulnerável às sansões e dispositivos previstos na LRF, o que corrobora com os seguintes relatos:

> *Exatamente por conta dos 54% (da LRF), que proíbe os prefeitos de fazer contratos diretos [...]* (E1).

> *[...] então talvez isso tenha feito com que ele (o prefeito) visualizasse o consórcio como uma saída, não sei se só pela Lei de Responsabilidade Fiscal ou se por outros motivos [...]* (E2).

> *[...] então a escolha foi essa, não ultrapassar a lei de responsabilidade fiscal e manter a qualidade do serviço [...]* (E3).

Fleury *et al.* (2010) defendem que a LRF foi uma das molas-mestras da política financeira neoliberal e da Reforma do Estado. Isso porque o principal objetivo da LRF é controlar as contas públicas através do controle das despesas com o funcionalismo público, o que acaba inibindo a realização de concursos públicos e incentivando a terceirização, já que os custos com subcontratação de empresas (incluindo as organizações sociais), contratações temporárias, emergenciais e de comissionados não são computados como despesas com pessoal (DRUCK, 2016).

Desta forma, os gestores seguiram as diretrizes e argumentos do PDRAE, que propunha um arranjo "gerencialista" para o Estado brasileiro: a administração pública deveria assumir um novo desenho institucional, desburocratizado e com maior autonomia de gestão, pautado pela eficiência, orientado por resultados e baseado em contratos com órgãos internos ou com entes públicos não estatais, ou seja OTS (BRASIL, 1995).

Um outro aspecto que influenciou nessa decisão foi o excesso de burocracia que envolve as contratações diretas, dependentes de autorização da área econômica. A área econômica é responsável por observar os limites legais para gasto com pessoal e critérios próprios para alocação de recursos. Porém, geralmente, não está capacitada para avaliar a relevância do setor saúde para o desenvolvimento de um país, estado, região ou município, mas apenas os gastos envolvidos com a oferta desses serviços (BARBOSA; ELIAS, 2010).

Carneiro e Martins (2015), ao analisarem a influência dos novos modelos de gestão no trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS)

do município do Rio de Janeiro, afirmam que gestores municipais apontavam a burocracia e a morosidade do setor público em contratar e demitir profissionais, bem como a necessidade de competição dos salários dos profissionais médicos com o setor privado, como justificativas para a adesão ao sistema de contratações via OTS. Em consonância, os entrevistados também utilizaram estas justificativas, como se pode verificar nos seguintes trechos:

> *[...] dava a impressão que no (setor) público se pode fazer de qualquer maneira, então nós começamos a cobrar junto com a OSS, que era para nós termos resultados positivos na melhora da assistência e eles (os profissionais) saberem que estavam trabalhando porque tinham seus indicadores a cumprir [...]* (E1).
>
> *[...] o que antes acontecia era que quando era pelo próprio município o médico abandonava o plantão, e a gente ficava descoberto, e não tínhamos o que fazer [...]* (E4).
>
> *[...] o que na verdade a gente tem (após a contratação via OSS) é mais a garantia com que eles cumpram o que foi definido na escala [...]* (E4).
>
> *[...] nos salvou do leilão que se fazia com a medicina, era médico querendo aumento de quinze em quinze dias [...]* (E5).
>
> *[...] temos dificuldade às vezes em abrir processos de contratação [...]* (E6).
>
> *[...] profissionalizar a gestão a nível de controle, de indicadores, aumentar a produção inclusive da equipe de profissionais, por esse motivo foi decidido [...]* (E7).

O relato dos entrevistados revalida o afirmado por Barbosa e Elias (2010): o nível de autonomia administrativa e financeira concedido às OSS, tanto para aquisição de bens como para contratação de recursos humanos, permite que sejam feitos arranjos que atendam essas expectativas. No entanto, o entrevistado E4 defende que a contratação via fundação de serviços médicos "[...] é uma forma de terceirizar a responsabilidade com profissionais médicos e de 'amarrar' em contrato a forma de prestação de serviços, garantindo a prestação do serviço."

As OSS são vistas por alguns autores (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014; GLATZL, 2013; MATTA; CONTREIRAS, 2015; SOARES *et al.*, 2016), com argumentos políticos e jurídicos, como parte do processo de privatização do SUS, pois expandem os mecanismos e as lógicas do mercado mascarados de modelos gerenciais modernos e eficientes, que se manifestam como soluções milagrosas para os problemas financeiros e gerenciais do sistema de saúde. Isso contrasta com a opinião de um dos entrevistados acerca do assunto:

> *[...] também como defensor dos SUS não considero que, de forma nenhuma, eu esteja desconstruindo o sistema, pelo contrário, considero como algo complementar [...]* (E6).

Martins e Molinaro (2013) alertam que, nas contratações via novos modelos de gestão flexíveis, os trabalhadores e o trabalho são avaliados e monitorados com base no cumprimento de metas preestabelecidas, sem que existam normas reguladoras de desempenho, admissão e demissão, o que acaba por fragilizar o vínculo desses trabalhadores com os serviços e a continuidade da política de saúde.

As OTS, do modo como foram criadas e estruturadas no Brasil, receberam muitas vantagens sob o ponto de vista da flexibilidade administrativa: autonomia na definição de plano de cargos e salários; produção de normas próprias para contratação e seleção; concessão de complementação salarial; regulamento próprio de compras e contratação de serviços sem estarem sujeitas à Lei Geral das Licitações (Lei 8.666/1993); além da liberdade de execução financeira dentro do contrato de gestão e orçamentação global dos recursos definidos nesse contrato (COSTA; MARQUES; BORGES, 2010; VOLPATO; MENEGHIM; HEBLING, 2016). Todas essas liberdades gerenciais diferem dos princípios da administração pública de impessoalidade, moralidade e eficiência, levando a sugerir até a inconstitucionalidade dessas organizações (GLATZL, 2013).

Embora o entrevistado E7 tenha destacado a busca pela profissionalização da gestão como principal motivo para a adesão ao novo modelo, Volpato, Meneghim e Hebling (2016), ao compararem o acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS) administradas por OS e por

administração direta, concluíram que, embora as UBS gerenciadas por OSS tenham maior autonomia administrativa e financeira, não obtiveram melhores resultados no acesso comparativamente às unidades de gestão direta. Basu *et al.* (2012), ao compararem o desempenho do setor privado com o setor público em países de média e baixa renda, constataram que o setor privado tende a violar com mais frequência padrões de comportamento médico e obtém resultados inferiores em termos de saúde da população atendida, apesar de prestar atendimento atencioso e com mais rapidez.

> *[...] foi um modelo decidido pela secretária anterior, com o objetivo de profissionalizar a gestão a nível de controle, de indicadores, aumentar a produção inclusive da equipe de profissionais, por esse motivo foi decidido [...]* (E7).

Embora os gestores destaquem tais dificuldades, que os levam a optar por arranjos do Terceiro Setor, por outro lado, essa preferência pode estar atrelada a aspectos relacionados à desresponsabilização sobre a execução do cuidado à população. É mais fácil, para o gestor, repassar a gestão dos serviços à iniciativa privada do que geri-los. Porém, os gestores municipais não podem se isentar do dever de manter uma política de saúde pública capaz de solucionar ou reduzir os problemas de saúde existentes em seus municípios e regiões, com práticas de prevenção e boa gestão (BORGES, 2006).

Critérios de escolha dos serviços repassados ao Terceiro Setor

Os municípios utilizaram o Terceiro Setor como uma forma de terceirizar a mão de obra, sob os mais diversos motivos. Um dos entrevistados explica, no trecho a seguir, que optou pela aderência ao Terceiro Setor através do Consórcio Público Intermunicipal, em que este foi responsável pelo processo seletivo para contratação da OSS e a OS ficou responsável pela contratação dos profissionais:

> *[...] o Consórcio eu não sei se é licitação, eles contratam e a empresa é quem vai gerenciar o funcionamento desse trabalho, então foi feita uma*

> *seleção (de profissionais, pela OSS), foi feito prova, teve edital de convocação tudo direitinho [...]* (E2).

O entrevistado E2 acrescenta que os profissionais da saúde contratados através da OSS são de níveis médio e superior, inclusive motoristas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, psicólogos e fisioterapeutas. Isso também acontece no município representado pelo entrevistado E1:

> *[...] E isso (esse tipo de vínculo) acontece em todos os níveis, da atenção básica (AB) até a atenção hospitalar.*

O entrevistado E3 ressalta que a adesão ao Terceiro Setor em seu município foi iniciada em 2013, e atualmente são terceirizados via OSS médicos da atenção básica, média e de alta complexidade. Os entrevistados E4, E6 e E7, assim como o entrevistado E3, realizaram a contratação de profissionais médicos através da OSS, e justificam suas escolhas devido ao art. 37, XVI da Constituição Federal, que limita o número de vínculos desses profissionais. Porém, o entrevistado E4 ressalta que, atualmente, apenas os profissionais médicos do serviço hospitalar são contratados por esta via, e explica que a redução se deu devido à chegada dos médicos do Programa Mais Médicos do governo federal:

> [...] a questão da escolha dos serviços é porque os serviços médicos vêm dentro daquela questão dos vínculos, [...] nos quais só permite dois, e muitos tinham dificuldade quando assinavam contratos, que eram registrados no CNES, aí acabava que vinha a glosa da corrupção, vinha também a questão da notificação por parte dos órgãos de fiscalização, e o profissional desistia da vinculação e acabava deixando o município e a gente ficava sem uma proteção.
>
> *[...] a principal ação e contribuição foi dada principalmente pela dificuldade de contratação médica, a partir daí a gente viu que tínhamos que tentar encontrar uma maneira de assegurar assistência médica a população [...]* (E6).
>
> *[...] na verdade, existia a pretensão de fazer expandir a atividade desta OSS para todas as áreas da secretaria, mas em primeiro momento foi definida apenas a atenção especializada [...]* (E7).

> *[...] desta forma, o Programa Mais Médicos nos salvou do leilão que se fazia com a medicina [...]* (E5).

O Programa Mais Médicos foi um programa federal iniciado em 2013, que buscou um fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), até então de competência quase que exclusiva dos estados. Ao programa, competiam recrutamento, distribuição, remuneração e formação de médicos para atuação na atenção básica (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016). O entrevistado ressalta que o Programa Mais Médicos foi de extrema importância, pois salvou a concorrência que havia entre o setor público e o mercado para a contratação de profissionais médicos no Sertão do estado.

Influências externas

Após a Constituição de 1988, o aumento da autonomia da esfera municipal e do número de municípios fez com que crescesse o número de consórcios no País. Os consórcios públicos são regulados pela Lei n. 11.107\2005 e têm como principal benefício agrupar pequenos municípios, agregando um número de habitantes suficiente para que possam se enquadrar nos mais diversos programas dos governos estaduais e federais (meio ambiente, saúde, segurança pública e outros serviços) destinados aos municípios de maior porte.

O SUS tem enfrentado grandes dificuldades na sua implementação, e essas dificuldades se tornam ainda maiores no interior do País, pois há falta de recursos humanos e financeiros, dificuldade no acesso ao uso de tecnologias, inexistência de estruturas físicas adequadas e dificuldades no acesso à saúde, obstáculos que obrigam os gestores municipais a buscar novas alternativas de gestão (GRZELZAK *et al.*, 2017; LIMA, 2000; NEVES; RIBEIRO, 2006).

No momento da implantação da gestão através de OTS, o estado de Pernambuco estava diante de uma reforma gerencial, caracterizada por transferências da gestão de hospitais regionais e UPAs para a gestão intermediada por OS (PACHECO *et al.*, 2016). Neste contexto, os

entrevistados relataram que suas decisões foram diretamente influenciadas pelas deliberações do governo estadual:

> *[...] a questão de o modelo ter sido através de OSS foi justamente para nós podermos nos equiparar as realidades que acontecem tanto em Recife (governo estadual), quanto nas capitais [...]* (E1).

> *[...] pesquisamos, conversamos com outros municípios e inclusive colegas de secretarias para saber como é que eles estavam conseguindo se organizar dentro da Lei de Responsabilidade Fiscal [...]* (E3).

> *[...] a experiência de outras cidades nas quais tivemos todo um histórico da referência da empresa [...]* (E4).

> *[...] e aí dentro disso surgem algumas experiências em outros municípios, geralmente municípios menores, e tínhamos um exemplo do estado de Pernambuco até com a questão das OSS, abrimos um processo licitatório para concorrência pública e tivemos uma empresa limitada que ganhou a licitação [...]* (E6).

De acordo com Vaz (1997), os consócios intermunicipais propiciam o aumento da efetividade dos governos municipais, pois possibilitam a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. Contribuem para a eficiência na utilização dos recursos públicos, permitindo o compartilhamento de recursos escassos. Tornam possível, ainda, ações que, para uma única prefeitura, seriam inacessíveis, como a aquisição de equipamentos de alto custo, além do aumento do poder de diálogo, pressão e negociação dos municípios junto às organizações privadas e outras esferas do poder público.

Em consonância com isto, o entrevistado E5 explica que a única influência externa em sua decisão foi da própria organização, que o procurou para apresentar seus serviços, e ressalta que não houve qualquer influência da Comissão Intergestores Regional (CIR), embora tenha havido discussão sobre o assunto em uma das reuniões. Destaca que o processo de discussão sobre a contratação da OSS ocorreu no consórcio intermunicipal, porém não houve uma adesão de todos os municípios consorciados.

Diante do contexto da regionalização do SUS, foram instituídas as Comissões Intergestores Regionais (CIR) (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016). Essas comissões são instâncias deliberativas, compostas por representantes do Estado e por todos os secretários municipais de saúde de um determinado território (região de saúde), e têm como objetivo discutir a provisão de serviços de saúde em todos os níveis de atenção. A orientação da CIR é viabilizar, através de um planejamento regional, a integralidade de ações e serviços numa região de saúde.

Desta forma, existe uma desarticulação entre as decisões tomadas nos consórcios e aquelas tomadas nas CIR: embora ambas apresentem, no contexto geral, atribuições semelhantes, percebeu-se que, em algumas regiões de saúde, essas suas estruturas voltadas à tomada de decisão trabalham de forma isolada.

O entrevistado E2 diz que a decisão pela adesão ao novo modelo de gestão foi do prefeito, que, naquele momento, também era presidente do consórcio intermunicipal de que o município era integrante:

> [...] a influência externa foi primeiro a empresa se apresentar, foi discutido essas possibilidades, mas muito superficialmente na CIR, depois discutido com mais profundidade via consórcio, que esclareceu quanto à legalidade do processo. E aí alguns municípios aderiram, outros não [...]

Ressalta, ainda, que a contratação da OSS também foi via consórcio intermunicipal. Quanto às escolhas dos serviços/trabalhadores que foram terceirizados, o entrevistado esclarece:

> [...] a escolha dos serviços, no nosso caso foi nossa demanda reprimida, a regional disponibilizava algumas cotas para especialidades, mas existiam especialidades em que eu não tinha cota nenhuma. E meu município não tinha como tá bancando consulta particular para todo mundo e também não tinha como deixar essa população à mercê. [...] Outro ponto era a distribuição de cotas proporcional ao número populacional, onde por exemplo eu tinha cota zero para, por exemplo, ressonância magnética. E através da contratação de OSS, através do consórcio, franqueando com outros municípios, eu poderia oferecer esse serviço de forma mais barata [...]

Processo de contratualização, parâmetros de acompanhamento, avaliação e impactos da atividade das OTS

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) e a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001-2003) defendem que o processo de contratualização é uma ferramenta capaz de contribuir para a lógica de alocação de recursos centrada nas demandas dos indivíduos.

Silva, Barbosa e Hortale (2016) descrevem que um bom processo de contratualização é composto das seguintes etapas: identificação de necessidades; estabelecimento de prioridades; verificação da capacidade instalada; negociação e fixação de objetivos e metas; acompanhamento e avaliação; aplicação do sistema de consequências (incentivos e penalizações). Também é de grande importância possuir bons sistemas de informações e uma reestruturação interna, tanto dos financiadores quanto dos prestadores (ESCOVAL *et al.*, 2009).

O entrevistado E1 relata que o contrato com a OSS é revisto anualmente e os indicadores de saúde são utilizados como parâmetros de avaliação e acompanhamento. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2008) esclarece que indicadores de saúde são medidas-síntese que trazem informações relevantes sobre as condições de saúde, bem como o desempenho do sistema de saúde. Quando analisados em conjunto, podem descrever a situação sanitária de um território e auxiliar na vigilância das condições de saúde.

No município representado pelo entrevistado E2, a contratualização da OSS foi feita diretamente pela prefeitura; o entrevistado relata não ter conhecimento sobre os parâmetros de avaliação e acompanhamento, o que evidencia a dificuldade de coordenação do cuidado, haja vista a retirada da autonomia do secretário municipal de saúde sobre a OSS, levando em consideração todo seu desconhecimento sobre o processo de contratualização. Porém, o entrevistado afirma acreditar que o contrato seja revisto anualmente:

> [...] o contrato é diretamente pela prefeitura, e acredito que ele é revisto a cada ano, até porque no início do ano me perguntaram algumas coisas para fazer a renovação do contrato, então acredito que haja

> reavaliação anual, no setor jurídico, para poder ver a viabilidade de permanecer ou não com esse modelo de gestão.

Nos municípios dos entrevistados E3 e E4, optou-se pela contratação de profissionais através do Terceiro Setor, e a contratação da OSS se deu por meio de processo licitatório. O controle e a avaliação da atividade dessa OSS são feitos através da carga horária prestada pelos profissionais intermediados por ela.
Um outro entrevistado explica como foi realizada a contratualização em seu município:

> *[...] a contratação foi feita via consórcio [...], são contratos públicos e essa contratualização foi feita em cima da demanda reprimida que a gente tinha e sob os parâmetros exigidos por lei, em todo contrato. Também existe uma cláusula dizendo que a qualquer momento poderíamos rescindir o contrato, então nós aceitamos aderir [...]* (E5).

O entrevistado E6 explica que foi assinado um contrato dos profissionais com a OSS, após processo licitatório. A remuneração é baseada em horas de trabalho, e há um acréscimo no valor/hora que varia conforme a especialidade do profissional médico. Explica, ainda, que o valor/hora pago a cada profissional foi fruto de uma pesquisa de mercado. O acréscimo foi feito no intuito de tornar a proposta atrativa para os profissionais. Quanto aos métodos de acompanhamento, acrescenta:

> [...] o acompanhamento dessas produções segue o mesmo parâmetro de acompanhamento das produções dos outros profissionais, que é dada através da chefia imediata e do departamento que ele está ligado na secretaria, seja ele o departamento de atenção básica ou departamento de atenção especializada.

Assim como os demais, a seleção da OSS que prestaria serviço no município do entrevistado E7 foi realizada através de processo licitatório, porém o método de avaliação era um pouco mais complexo do que nos demais municípios. O entrevistado detalha esse processo:

> [...] a avaliação seguia um fluxo, onde era apresentado à gestora (pela OSS) o relatório de produção [...], esses relatórios também eram reavaliados por um diretor, para verificar a veracidade dos dados, e a partir

> do parecer do diretor e da gestora (secretária municipal de saúde) era que se fazia a prestação de contas e efetivamente o pagamento.

Um outro aspecto, que não foi citado por nenhum dos entrevistados, é a separação entre a função de regulação e a da gestão das atividades finalísticas para evitar conflitos entre os interesses do contratante e tornar possível a realização de um juízo de valor isento do desempenho das parcerias (MEDICE, 2011).

Diante desses fatos, é possível perceber quão frágeis são essas parcerias, já que muitas vezes os municípios não têm capacidade nem conhecimentos suficientes para elaborar contratos que sejam monitorados e avaliados adequadamente. Os contratos entre entes públicos e privados não estão imunes aos velhos costumes presentes na administração pública, como o fisiologismo e o clientelismo.

A avaliação dos impactos da atividade dessa OSS nos municípios dos entrevistados E1, E3, E4 e E6 é realizada através do monitoramento da produtividade dos trabalhadores intermediados pela organização. O entrevistado E3 ainda ressalta que tem maior dificuldade na coordenação dos profissionais estatutários e contratados diretamente do que com os profissionais terceirizados. O entrevistado E6 ressalta a dificuldade que enfrentou para contratação de profissionais médicos antes da adesão ao novo modelo, e explica que a avaliação dos impactos em seu município é baseada na garantia da oferta de serviços médicos.

Em contrapartida, o entrevistado E2 não realizava qualquer avaliação dos impactos das atividades da OSS em seu território. Ainda, ressalta que a OSS contrata os trabalhadores segundo as regras da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Na perspectiva das relações de trabalho, as contratações via Terceiro Setor rompem com o Regime Jurídico Único (RJU), que normatiza as contratações e cria um regime próprio para o servidor público, novas formas de contratação, como o emprego público e os contratos temporários, ambos mantendo o Estado como empregador porém com contratações regidas pela CLT (CARNEIRO; MARTINS, 2015).

Quanto à avaliação dos impactos, os entrevistados E5 e E7 esclarecem que é feita através da análise de indicadores de saúde. Para isto, a OSS mensalmente envia relatórios; de acordo com as conclusões, são convocadas reuniões entre os coordenadores para discussão de problemas e apresentação dos nós críticos. Em seguida, esses dados subsidiam reuniões para discussão do problema com a equipe envolvida, para que, junto com a coordenação, possa planejar ações para a solução respectiva. O entrevistado E7 ressalta, porém, que o modelo tinha alto custo e, por este motivo, preferiu rescindir o contrato com a organização.

Esse método de avaliação dos impactos utilizado pelos entrevistados torna necessária a realização periódica de auditoria, para verificar a fidedignidade dos dados assistenciais informados pela OSS. Uma outra opção seria a exigência da utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), disponível no e-SUS AB. O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é um sistema de informações que substituiu o seu antecessor, o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). A plataforma foi criada para atender aos diversos cenários de informatização e conectividade nos serviços de saúde no âmbito do SUS; e pode funcionar através da Coleta de Dados Simplificada (CDS) em unidades sem computadores e conexão à internet, ou com o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2017).

Conclusão

No estudo, observou-se que os principais fatores que motivaram os gestores a realizar a transferência da administração direta para as OTS foram o limite estabelecido pela LRF para contratação de pessoal, o excesso de burocracia nas contratações diretas, a morosidade do setor público na contratação e demissão de profissionais, a autonomia administrativa e financeira das OTS.

Os gestores se mostraram favoráveis e defensores dos novos modelos de gestão, apresentando como principal incentivo para a escolha a flexibilização na contratação de mão de obra. As transferências da

administração de hospitais regionais e das UPAs para a gestão por OS realizadas no estado de Pernambuco também foram apontadas como influenciadoras na decisão dos entes municipais.

Apesar desses resultados, é importante ressaltar que os gestores municipais não devem se isentar das responsabilidades na promoção de políticas públicas para o atendimento das necessidades da população. E as transferências realizadas não podem ser apontadas como as únicas soluções capazes de resolver os problemas gerenciais do SUS.

Em conclusão, sugere-se a realização de novos estudos que visem aprofundar a temática, pois ainda não existe produção científica suficiente que caracterize a finalização do debate. Outras pesquisas devem enfatizar a avaliação da qualidade dos serviços de saúde geridos pelas OTS em comparação aos serviços da administração direta.

Referências

ABREU, A. P. *Assessoria de imprensa e terceiro setor:* um improvável encontro. Taubaté: Universidade de Taubaté, 2010.

BAGGENSTOSS, S.; DONADONE, C. A saúde pública intermediada por Organizações Sociais: arranjos e configurações nas duas últimas décadas no Brasil. *Latino América*, v. 2, p. 69-98, 2014.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As Organizações Sociais de Saúde como forma de gestão público/privado. Health social organizations as a way of public/private management. *Health*, San Francisco, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010.

BARBOSA, R. Relação Estado e Sociedade CiviI: as parcerias com Organizações Não Governamentais no campo da AIDS e o controle social no SUS. In: PAIVA, V.; FRANÇA JÚNIOR, I.; KALICHMAN, A.O. (Orgs.). *Vulnerabilidade e direitos humanos* – prevenção e promoção da saúde: planejar, fazer, avaliar. Curitiba: Juruá, 2013. p. 213-248.

BASU, S.; ANDREWS, J.; KISHORE, S.; PANJABI, R.; STUCKLER, D. Comparative performance of private and public health care systems in

low-and Mmddle-income countries: a systematic review. *Plos Medicine*, v. 9, n. 6, p. 1-14, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pmc/articles/PMC3378609/pdf/pmed.1001244.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

BORGES, A. G. *Os consórcios públicos na sua legislação reguladora.* Cidade: São Paulo Cultura Acadêmica, 2006. p. 1-26.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.* Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Entenda melhor o Sistema e-SUS AB.* Brasília, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/o_que_e_esus_ab.php>. Acesso em: 3 out. 2017.

BRASIL. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, 1995*. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 8 out. 2017.

BRESSER PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, v. 45, p. 49-95, 1998.

CAMPOS, G. W. de S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 2, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CARNEIRO, C. C. G.; MARTINS, I. C. M. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. *Trabalho, Educação, Saúde*, v. 13, n. 1, p. 45-65, 2015.

COSTA, L. S.; MARQUES, P.; BORGES, T. R. A prestação pelo setor público não estatal dos serviços de saúde pública: análise de hipóteses e potencialidades. *Revista do Serviço Público*, v. 61, n. 3, p. 249-267, 2010.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, s. 1, p. 15-43, 2016.

ESCOVAL, A.; MATOS, T.; RIBEIRO, R.; SANTOS, A. T. L. *Fase 1 – Estrutura do projeto de investigação.* Rio de Janeiro: Equipe de Investigação da Escola Nacional de Saúde Pública/UNL, 2009.

FERRAREZI, E. *O novo marco legal do terceiro setor no Brasil.* In: Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de la Sociedad Internacional de Investigación del Tercer Sector (ISTR), 3., 1997. Buenos Aires, Argentina.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. L. M.; KRONEMBERGER, T. S.; ZANI, F. B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010.

GLATZL, R. A inconstitucionalidade da dispensa pública em Organizações Sociais. *Boletim Jurídico*, v. 2, p. 9521-9539, 2013.

GOMES, M. H. de A.; MARTIN, D.; SILVEIRA, C. Comentarios pertinentes sobre usos de metodologias qualitativas em saúde coletiva. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 18, n. 50, p. 392-393, 2014.

GRZELZAK, M. T.; KUKLA, N.; SOUZA, W. C. de, MARCHESAN, J.; BIRKNER, W. M. K.; MASCARENHAS, L. P. G. A importância dos consórcios intermunicipais de saúde. *South American Development Society Journal*, v. 3, p. 134-148, 2017.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. *História.* Disponível em: <http://santacasadesantos.org.br/Home/f?idNoticia=2566&idForm= 0&slug=história>. Acesso em: 29 ago. 2017.

KVALE, S. *Interviews:* an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage, 1996.

LEITE, A. M. G. N. *Organizações Sociais de Saúde e controle externo:* uma análise a partir do Tribunal de Contas de Pernambuco. Recife, 2014.

LIMA, A. P. G. de. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 4, p. 985-996, 2000.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, 2013.

MATTA, G. C.; CONTREIRAS, H. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 285-297, 2015.

MEDICE, A. C. O papel das parcerias público-privadas na gestão e no financiamento do setor saúde. In: MODESTO, P.; CUNHA JÚNIOR, L. A. P. (Eds.). *Terceiro Setor e parcerias na área da saúde*. Belo Horizonte, 2011. p. 67-89.

MELO, P. H. P. G. *Organizações Sociais em Pernambuco:* o desenho institucional do controle externo sobre os contratos de gestão. Rio de Janeiro, 2012.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. de C. M. "Paulistanidade" e a construção da Saúde Coletiva no estado de São Paulo, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 60, p. 5-11, 2017.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, 2006.

NOGUEIRA, R. P.; RODRIGUES, V. A. Despesa com pessoal e lei de responsabilidade fiscal: uma análise da situação na União, nas Unidades Federadas e nos Municípios. In: TENDÊNCIAS na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a dimensão econômica na gestão de recursos humanos no Brasil. Brasília: Universidade de Brasília, 2010. p. 71-108.

OLIVEIRA, E. A.; GODÓI-DE-SOUSA, E. O Terceiro Setor no Brasil: avanços, retrocessos e desafios para as Organizações Sociais. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, v. 4, n. 3, p. 181-199, 2015.

OPAS. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil:* conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília, 2008. 349 p.

PACHECO, H. F.; GURGEL JUNIOR, G. D.; SANTOS, F. A. S.; FERREIRA, S. C. C.; LEAL, E. M. M. Organizações Sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n. 58, p. 585-595, 2016.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. *Plano Diretor de Regionalização.* Recife, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/documentos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/plano-diretor-de-regionalizacao-2011>. Acesso em: 6 set. 2016.

SILVA, V. C.; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1365-1376, 2016.

SILVEIRA FILHO, R. M.; SANTOS, A. M. dos; CARVALHO, J. A.; ALMEIDA, P. F. de. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis*, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016.

SOARES, G. B.; BORGES, F. T., SANTOS, R. R. dos; GARBIN, A. S.; MOIMAZ, A. S.; SIQUEIRA, C. E. G. Organizações Sociais de Saúde (OSS): privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 7, n. 2, p. 828, 2016.

VAZ, J. C. Consórcios intermunicipais (no 97). *Revista DICAS*: Idéias para a Ação Municipal, São Paulo, 1997.

VOLPATO, L. F.; MARTINS, L. C.; MENEGHIM, M. de C.; HEBLING, E. Organizações Sociais de Saúde nos hospitais públicos do Estado do Espírito Santo. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 8, n. 1, p. 96-101, 2016.

VOLPATO, L. F.; MENEGHIM, M. D. C.; HEBLING, E. Avaliação do acesso nas Unidades de Saúde da Família gerenciadas pela Organização Social e pelo município. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo*, Passo Fundo, v. 21, n. 3, p. 349-356, set./dez. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. S*trengthening health systems in developing countries*. Genebra, 2001-2003. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r13.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

5

Diferentes modelos de gestão em municípios pernambucanos

Uma análise a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES e os reflexos sobre os indicadores de produtividade e fiscais

Francisco de Assis da Silva Santos
Oscar Felipe Falcão Raposo
Flávia Gymena Silva de Andrade
Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Introdução

Pressões de natureza estrutural têm determinado a adoção de novas formas de gestão na saúde pública no mundo. Nesse contexto, vários países vêm adotando parcerias público-privadas na gestão da saúde, em virtude das restrições burocráticas e da suposta baixa produtividade dos serviços públicos de saúde. Mesmo entre países com Sistemas Nacionais de Saúde maduros e bem avaliados, as autoridades sanitárias têm procurado estabelecer padrões de excelência na prestação de serviços públicos de responsabilidade do Estado, com a adoção dessa estratégia em resposta a demandas da sociedade. No Brasil, intensifica-se o debate político que expressa interesses divergentes dos grupos que atuam no setor de saúde e exercem influência sobre essas mudanças, particularmente no tocante à gestão hospitalar. No entanto, as necessidades urgentes de superação dos desafios para a prestação de serviços no SUS têm levado à adoção de diversos modelos de relação entre os setores público e privado no cotidiano de vários estados. Politicamente, para alguns, esse processo é uma forma de reduzir a influência de um Estado patrimonialista, clientelístico, autoritário e colonizado por interesses privados. Por outro lado, para visões mais críticas, trata-se apenas de mais uma forma de privatização ligada à agenda liberal em curso na saúde.

Há uma ampla diversidade de estudos sobre a inserção de modelo de administração não estatal em diversos países e estados brasileiros (SANTOS, 2015). Para Reddy e Mary (2013), a entrega de serviços hospitalares a instituições privadas é um risco, pois as empresas estão interessadas mais em lucrar e menos em atender as necessidades de saúde da grande maioria da população. Por isso, não há interesse tão explícito pela atenção primária, apenas por cirurgias e procedimentos

que permitam maior lucratividade. Contudo, o Estado brasileiro, por meio de contratos de gestão, passa a regular a institucionalização e ingresso de várias modalidades de parceria, com utilização de novos arranjos jurídicos para administração e provisão de serviços públicos de saúde. Esse fenômeno é observado com mais frequência na gestão hospitalar, porém estudos apontam a inserção de outras modalidades de parceria, desde a atenção primária, como exemplos de possibilidades no uso de novos arranjos institucionais para superar dificuldades da administração pública, através da transferência da operação dos serviços de saúde pública para novas figuras jurídicas no País (PAL, 2009; AHMED; NISAR, 2010).

Em período de crise econômica e política, com a emenda Constitucional 95[1], a aprovação da Lei da Terceirização[2] em conjunção com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)[3] irão impor mudanças comportamentais na administração pública, sobretudo no campo da saúde. Observa-se uma alternativa: os quase mercados propostos pela Nova Gestão Pública (NGP), com um interesse crescente no papel de parcerias na reorganização dos serviços de saúde (ROEHRICH, 2014). A despeito das contradições internas, da falta de evidências sobre a eficiência, em alguns casos, a NGP da saúde tem sido implementada em diversas regiões do mundo, principalmente por meio de PPP.

O modelo de atuação do setor público financiando a prestação de serviço privado no interior de hospitais públicos evoluiu a partir do estado de São Paulo. Estudos realizados em Minas Gerais, Paraná, Pernambuco e Rio de Janeiro demonstram que o modelo paulista foi disseminado nesses estados, com adaptações em cada caso (GOMES, 2009;

1 Brasil. Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, 2016.

2 Brasil. Lei no 13.429, de 31 de março de 2017. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, 2017.

3 Brasil. Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. *Diário Oficial [da] República Federativa Do Brasil*, 000, 18261. Brasília, 2000. Disponível em: ‹http://www.planalto.gov. br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm›. Acesso em: 20 jun. 2019.

FERREIRA, 2013; SANTOS, 2014). Em diversas regiões do País, houve ampliação dos investimentos no modelo. Em alguns estados, as somas superam a casa de bilhões de reais em gastos com a prestação de serviços diretos (SANTOS, 2015). A adesão e a propagação desses novos modelos, inicialmente, foram justificadas ideologicamente como decorrência do processo de reforma estrutural guiada pelo mercado, com o objetivo de introduzir o gerencialismo na área pública, na década de 1990. A partir dos anos 2000, foram levantados argumentos relacionados aos limites impostos pela legislação como elemento de restrição macroeconômica dos gastos do setor público.

Nesse contexto, sem dúvida, o desenvolvimento de novas tecnologias, sejam elas administrativas, clínicas ou assistenciais, é importante. Porém, existem questões cruciais para a tomada de decisão quanto à realização de tais parcerias, como, por exemplo, uma profunda análise das evidências que sustentem a escolha dessa proposta em detrimento da prestação de serviços assistenciais diretamente por entidades estatais ou paraestatais (OXMAN, 2009; ANDRE, 2013).

Passados quase vinte anos da instituição de modelos alternativos à gestão pública tradicional, continua a se expandir a Nova Administração Pública no SUS em praticamente todo o território nacional. Contudo, ainda apresenta escassez de análise científica para dar suporte às autoridades sanitárias brasileiras quanto à manutenção desses modelos ou justificar o volume de investimentos alocados nos contratos de parcerias. Estudos que apontem ou, até mesmo, construam as evidências utilizadas para mudanças profundas nos modelos administrativos do SUS, fazendo com que novas tecnologias administrativas passem a ser conhecidas e seus possíveis impactos possam ser monitorados podem trazer importante contribuição ao sistema público de saúde, sobretudo, favorecendo a instrumentalização de órgãos de controle internos e externos ao poder público, por propiciar a transparência das informações.

Este estudo tem o propósito de conhecer como as parcerias têm se realizado dentro dos municípios brasileiros e quais são os reflexos sobre alguns indicadores de gestão de alta relevância. O estudo foi

realizado em Pernambuco, onde há participação de gestão privada em serviços públicos de saúde estaduais, porém com pouca evidência sobre fenômenos parecidos em municípios.

Método

Realizou-se um estudo transversal, com abordagens quantitativa e qualitativa. O período foi de 2011 a 2015 e a área do estudo foi o território pernambucano, composto por 184 municípios e o distrito de Fernando de Noronha. Como não é explicita a informação acerca do modelo de gestão escolhido pelo município para administração integral ou parcial de hospitais, clínicas, unidades básicas e outros, uma busca minuciosa de todos os serviços públicos de saúde do estado foi efetivada. O caminho encontrado para revelar a entrada de modelos alternativos de gestão nos municípios foi a busca via contratação de profissionais de saúde de vínculo intermediado com os serviços municipais ligados ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

No universo do estudo, havia todos os serviços públicos de saúde municipais de Pernambuco, localizados nos 184 municípios. Para evidenciar quais eram os modelos administrativos, foram selecionadas variáveis que correspondem aos vínculos empregatícios que não fazem parte da administração pública tradicional e que estão na Portaria nº 121, de 11 de fevereiro de 2015[4]. As variáveis foram agrupadas em vínculos: 1) não estatais/autônomos (pessoa jurídica, pessoa física ou cooperados) e intermediados (por organização social, por entidade filantrópica, por empresa privada); 2) vínculos tradicionais - estatutários, comissionados, contratos temporários e celetistas. Em seguida, realizou-se um cálculo de proporção de vínculos não estatais/vínculos tradicionais. Posteriormente, houve a divisão de dois grandes grupos: municípios exclusivamente com vínculos tradicionais e os outros que possuíam vínculos não estatais. Como amostra para análises, foram

4 Portaria referente ao CNES.

selecionados os municípios que apresentavam os modelos não estatais. Assim, houve o agrupamento por quartis, de acordo com o percentual de trabalhadores contratados via modelos alternativos aos tradicionais. Portanto, a distribuição ficou em maior que 8,5% (<Q1), entre 8,5% e 2% (Q1<x<=Q2), entre 2% e 1% (Q2<x<=Q3), menor que 1% (>Q3).

Para conhecimento dos efeitos dos novos modelos, observou-se, a partir de informações do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), a despesa com pessoal sobre a despesa total com saúde, para o entendimento da repercussão no desempenho referente à exigência de gastos com pessoal, requerida pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Para conhecimento das repercussões nos indicadores, foram analisadas metas pactuadas entre os municípios e a Secretaria Estadual de Saúde no período de 2011 a 2015 que estão contempladas no Sistema de Informação do Pacto pela Saúde (SISPACTO). Com isso, os indicadores selecionados foram o Índice de Condições Sensíveis da Atenção Básica (ICSAB) em razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente. Outro ponto a destacar foi que, compreendendo que o escopo da pesquisa era a municipalidade, analisaram-se as informações de serviços de saúde que estão sob responsabilidade exclusiva das secretarias de saúde. Daí a eleição de procedimentos de atenção primária e de média complexidade. Outra motivação para a escolha dos indicadores foi a característica do estado, que possui mais de 80% das cidades consideradas de pequeno porte.

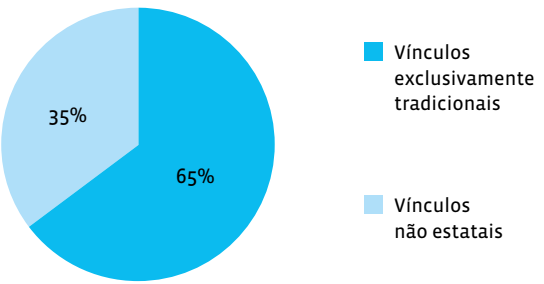
Para análise dos dados, foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 24, 2016, SPSS Inc., Chicago, Illinois EUA). Para análise estatística, foi utilizado o teste de comparação de médias, *Teste de Tukey*, entre as variáveis dependentes: razão de procedimentos de média complexidade, índice de condições sensívies da atenção básica (ICSAB), despesa de pessoal da saúde pelo investimento total em saúde. Como variáveis independentes, o percentual de vínculos não estatais e os anos estudados, 2011 a 2015. São considerados significativos aqueles resultados cuja comparação das médias apresentou número igual ou inferior a 0,05.

Para compreender um fenômeno complexo que envolve diversos olhares sobre o mesmo contexto, onde há participação de vários atores com perspectivas distintas, aliados à definição de critérios técnicos e financeiros de racionalidade sistêmica, fez-se necessário integrar mais de uma abordagem na tentativa de abranger o fenômeno por completo. Com o intuito de contemplar as categorias de análise e suas variáveis, para atingir os objetivos relativos ao estudo, foi necessário empregar um componente qualitativo. Foram realizadas entrevistas com gestores de todas as macrorregiões do estado, localizados em sete das 12 regiões pernambucanas de saúde, tendo sido selecionados aqueles que possuíam maior percentual de contratações não estatais em cada uma das regionais. E para análise dos conteúdos das respostas foi utilizado o método de condensação de significados de Kvale (1996).

Resultados e Discussão

Após análise do CNES de todos os municípios pernambucanos, observou-se que em 65 deles há, pelo menos, um vínculo intermediado, ou seja, que não é um meio de contratação tradicional do serviço público de saúde.

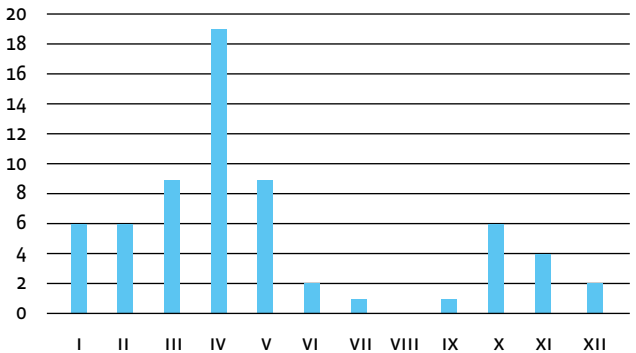
Gráfico 1 – Municípios de Pernambuco segundo vínculos tradicionais e não estatais, em dezembro – Brasil, 2015



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2016).

Com o intuito de compreender como está a distribuição dos modelos não estatais pelo território estadual, foi feita uma distribuição dos municípios segundo a regional de saúde. Observa-se que em apenas uma delas não eram identificados modelos não estatais e que na IV, onde há 32 cidades, mais da metade possuía arranjo jurídico na contratação de profissionais com vínculo não estatal.

Gráfico 2 – Distribuição dos municípios com modelos de gestão não estatais em Pernambuco, segundo a regional de saúde, em dezembro – Brasil, 2015



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2016).

Para uma melhor comparação entre os municípios, a amostra que compunha aqueles com vínculos não tradicionais foi distribuída em quartis, conforme apresentado a seguir:

Tabela 1 – Divisão em quartis dos municípios com vínculos não estatais, em dezembro, em Pernambuco – Brasil, 2015

Percentual de vínculos não-estatais	Nº de municípios
Maior que 8,5% (< Q1)	16
Entre 8,5% e 2% (Q1<x<=Q2)	16
Entre 2% e 1% (Q2<x<=Q3)	17
Menor que 1%	16
Total	65

Fonte: elaboração dos autores.

No Índice de Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), entre os quartis de 2011 a 2015, percebe-se que os melhores resultados estão entre aqueles municípios com vínculos mais tradicionais. A exceção foi identificada no ano de 2015, em que há uma melhoria geral no indicador, como apresentado na tabela 2.

Tabela 2 – Comparação entre os municípios pernambucanos com presença de vínculos não estatais e a média do índice de condições sensíveis à atenção básica, Brasil, entre os anos de 2011 e 2015

Comparação entre os quartis		Média do índice de condições sensíveis à atenção básica									
		2011		2012		2013		2014		2015	
		ICSAB	Sig.	ICSAB	Sig.	ICSAB	Sig.	ICSAB	Sig.	ICSAB	Sig.
Maior que 8,85% (< Q1)	Entre 8,85% e 2% (Q1<x<=Q2)	34,32	1,000	33,50	,936	33,65	,951	28,99	,998	26,85	,988
	Entre 1,1% e 1% (Q2<x<=Q3)	41,18	,142	40,17	**,037**	39,87	,057	36,06	,076	29,68	,787
	Menor que 1% (Q3>)	29,25	,478	28,24	,693	29,31	,819	27,15	,824	25,49	,792
Entre 8,85% e 2% (Q1<x<=Q2)	Maior que 8,85% (< Q1)	34,06	1,000	31,66	,936	32,00	,951	29,49	,998	27,59	,988
	Entre 1,1% e 1% (Q2<x<=Q3	41,18	,167	40,17	,143	39,87	,183	36,06	**,049**	29,68	,587
	Menor que 1% (Q3>)	29,25	,431	28,24	,341	29,31	,501	27,15	,905	25,49	,933
Entre 2 % e 1% (Q2<x<=Q3)	Maior que 8,85% (< Q1)	34,06	,142	31,66	**,037**	32,00	,057	29,49	,076	27,59	,787
	Entre 8,85% e 2% (Q1<x<=Q2)	34,32	,167	33,50	,143	33,65	,183	28,99	**,049**	26,85	,587
	Menor que 1% (Q3>)	29,25	**,003**	28,24	**,001**	29,31	**,005**	27,15	**,008**	25,49	,251

Comparação entre os quartis		Média do índice de condições sensíveis à atenção básica									
		2011		2012		2013		2014		2015	
		ICSAB	Sig.	ICSAB	Sig.	ICSAB	Sig.	ICSAB	Sig.	ICSAB	Sig.
Menor que 1% (Q3>)	Maior que 8,85% (< Q1)	34,06	,478	31,66	,693	32,00	,819	29,49	,824	27,59	,792
	Entre 8,85% e 2% (Q1<x<=Q2)	34,32	,431	33,50	,341	33,65	,501	28,99	,905	26,85	,933
	Entre 1,1% e 1% (Q2<x<=Q3	41,18	**,003**	40,17	**,001**	39,87	**,005**	36,06	**,008**	29,68	,251

Fonte: elaboração dos autores.

Quando houve a comparação entre a razão de procedimentos de média complexidade e a presença de vínculos intermediados, em 2011 há resultados significativos. No ano de 2015, os municípios com maior número de intermediações, Q1, apresentam alguns dados positivos. Contudo, nos outros anos, o comportamento é mantido e não há destaque entre os quartis comparados, conforme pode ser analisado na tabela 3.

Tabela 3 – Comparação entre os municípios pernambucanos com presença de vínculos não estatais e a média da razão de procedimentos de média complexidade, Brasil, entre os anos de 2011 e 2015

Comparação entre os quartis		Razão de Procedimentos de Média Complexidade									
		2011		2012		2013		2014		2015	
		N	Sig.	N	Sig.	N	Sig.	N	Sig.	N	Sig.
Maior que 8,85% (< Q1)	Entre 8,85% e 2% (Q1<x<=Q2)	0,55	1,000	0,69	,879	0,77	,688	0,93	,303	0,90	,521
	Entre 1,1% e 1% (Q2<x<=Q3)	0,41	,614	0,46	,897	0,45	,955	0,62	1,000	0,78	,911
	Menor que 1% (Q3>)	0,87	**,037**	0,85	,292	0,86	,392	0,99	,161	1,13	**,041**

Comparação entre os quartis		Razão de Procedimentos de Média Complexidade									
		2011		2012		2013		2014		2015	
		N	Sig.	N	Sig.	N	Sig.	N	Sig.	N	Sig.
Entre 8,85% e 2% (Q1<x<=Q2)	Maior que 8,85% (< Q1)	0,55	1,000	0,57	,879	0,55	,688	0,62	,303	0,67	,521
	Entre 1,1% e 1% (Q2<x<=Q3	0,41	,583	0,46	,472	0,45	,365	0,62	,290	0,78	,884
	Menor que 1% (Q3>)	0,87	**,042**	0,85	,727	0,86	,962	0,99	,985	1,13	,533
Entre 2 % e 1% (Q2<x<=Q3)	Maior que 8,85% (< Q1)	0,55	,614	0,57	,897	0,55	,955	0,62	1,000	0,67	,911
	Entre 8,85% e 2% (Q1<x<=Q2)	0,55	,583	0,69	,472	0,77	,365	0,93	,290	0,90	,884
	Menor que 1% (Q3>)	0,87	**,001**	0,85	,069	0,86	,155	0,99	,151	1,13	,163
Menor que 1% (Q3>)	Maior que 8,85% (< Q1)	0,55	**,037**	0,57	,292	0,55	,392	0,62	,161	0,67	**,041**
	Entre 8,85% e 2% (Q1<x<=Q2)	0,55	**,042**	0,69	,727	0,77	,962	0,93	,985	0,90	,533
	Entre 1,1% e 1% (Q2<x<=Q3	0,41	**,001**	0,46	,069	0,45	,155	0,62	,151	0,78	,163

Fonte: elaboração dos autores.

O último indicador avaliado foi a despesa com pessoal comparativamente à despesa total em saúde. Constata-se que há avanço, sobretudo no último ano e nos quartis com maior presença de intermediações. Isso aponta para uma constatação: os municípios com vínculos menos tradicionais tiveram menor gasto com pessoal, segundo a Lei de Responsabilidade Fiscal, conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 4 – Comparação entre os municípios pernambucanos com presença de vínculos não estatais e a média da despesa de pessoal da saúde sobre a despesa total da saúde, Brasil, entre os anos de 2011 e 2015

Comparação dos Quartis		Despesa de Pessoal da saúde sobre a despesa total da saúde									
		2011		2012		2013		2014		2015	
		N	Sig.	N	Sig.	N	Sig.	N	Sig.	N	Sig.
Maior que 8,85% (< Q1)	Entre 8,85% e 2% (Q1<x<=Q2)	66,62	,949	64,79	,998	59,11	,993	54,11	,982	55,05	,066
	Entre 1,1% e 1% (Q2<x<=Q3)	62,8	,874	59,31	,541	58,75	,981	55,06	,922	62,80	**000**
	Menor que 1% (Q3>)	61,1	,556	62,31	,959	59,40	,998	59,36	,317	60,23	**,001**
Entre 8,85% e 2% (Q1<x<=Q2)	Maior que 8,85% (< Q1)	65,02	,949	64,14	,998	60,06	,993	52,65	,982	46,44	,066
	Entre 1,1% e 1% (Q2<x<=Q3	62,8	,564	59,31	,432	58,75	1,000	55,06	,995	62,80	,107
	Menor que 1% (Q3>)	61,1	,258	62,31	,905	59,40	1,000	59,36	,533	60,23	,433
Entre 2 % e 1% (Q2<x<=Q3	Maior que 8,85% (< Q1)	65,02	,874	64,14	,541	60,06	,981	52,65	,922	46,44	**,000**
	Entre 8,85% e 2% (Q1<x<=Q2)	66,62	,564	64,79	,432	59,11	1,000	54,11	,995	55,05	,107
	Menor que 1% (Q3>)	61,1	,938	62,31	,839	59,40	,998	59,36	,675	60,23	,869
Menor que 1% (Q3>)	Maior que 8,85% (< Q1)	65,02	,556	64,14	,959	60,06	,998	52,65	,317	46,44	**,001**
	Entre 8,85% e 2% (Q1<x<=Q2)	66,62	,258	64,79	,905	59,11	1,000	54,11	,533	55,05	,433
	Entre 1,1% e 1% (Q2<x<=Q3	62,8	,938	59,31	,839	58,75	,998	55,06	,675	62,80	,869

Fonte: elaboração dos autores.

Em relação à motivação para entrada de novos modelos de gestão – vínculos empregatícios, percebe-se:

> *[...] temos dificuldade às vezes em abrir processos de contratação; temos a dificuldade de* acúmulo de vínculos *de vários profissionais, entre eles profissionais médicos, que é uma condição do mercado. Então só se podem ter dois vínculos públicos e há dificuldade de contratação de médico para ocupar os cargos e a cidade tem uma alta demanda. E aí a gente optou em fazer algum tipo de experiência que, até o momento, estamos lá desde 2013, tem dado certo, a gente não tem tido nenhum problema, e também como defensor do SUS não considero que, de forma nenhuma, eu esteja desconstruindo o sistema, pelo contrário, considero como algo complementar. [...]* (Gestor 1).

> *A questão da escolha dos serviços é porque os serviços médicos vêm dentro daquela* questão dos vínculos*. Para você manter o profissional médico dentro do seu município, tem a questão dos vínculos públicos, os quais só permitem dois, e muitos tinham dificuldade quando assinavam contratos, que eram registrados no CNES, aí acabava que vinha a glosa da corrupção, vinha também a questão da notificação por parte dos órgãos de fiscalização. E o profissional desistia da vinculação, acabava deixando o município e a gente ficava sem uma proteção.* (Gestor 2).

> *[...]* a terceirização dos médicos*, principalmente porque a maioria dos médicos têm mais de dois vínculos e não poderiam trabalhar no município, então tinha terceirizada para isso, e por conta da Lei de Responsabilidade Fiscal [...]* (Gestor 4).

> *[...] mas, quem escolheu veio de cima para baixo. Escolheram lá para cima e trouxeram de lá para cá [...]* (Gestor 5).

Consegue-se observar que a carência de profissionais médicos é um fator relevante, quase que unânime, pois foi citado por dez entrevistados como um dos principais fatores para a entrada de novos arranjos, enquanto outros chegaram a apontar a dificuldade de contratação por via tradicional, seja pela burocracia, seja pela dificuldade de encontrar médicos com menos de dois vínculos em cidades do interior nordestino.

A análise da presença de novos modelos administrativos em municípios, sobretudo, do Nordeste ainda não possui paralelo na literatura.

Entretanto, ao observar esse fenômeno como sendo de abrangência estadual, reconhece-se que há crescimento da penetração de novos modelos administrativos no País. Estudo realizado por Scheider *et al.* (2016) separou os municípios brasileiros em sete estratos (grande porte; médio porte com influentes favoráveis; regulares; e desfavoráveis; pequeno porte com influentes favoráveis; regulares; e desfavoráveis), levando-se em consideração critérios demográficos, socioeconômicos, condição de saúde e estrutura de serviços. Os autores demonstraram que, no Nordeste, 64% dos municípios estão enquadrados como de pequeno porte com influentes desfavoráveis, ou seja, são os mais vulneráveis. Ao serem comparados com outras regiões, há um verdadeiro abismo entre a realidade nordestina e a da maioria das outras regiões do País. Os resultados sobre o número de municípios com a presença de modelos não estatais em Pernambuco apresentam disseminação por todo o estado, como pode ser visto no gráfico 2. Observa-se que há uma tentativa "deliberada" de procurar alternativas ao modelo tradicional.

Na ampliação da atenção primária na região Nordeste, seja via maior número de agentes comunitários de saúde (ACS), seja por ampliação de equipes de saúde da família ou mesmo do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), há uma convergência entre a atenção primária e cidades com piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDHs) e diversos indicadores sociais, conforme estudo realizado por Carvalho *et al.* (2019). Um achado relevante do estudo foi entre os anos de 2011 e 2014: aquelas cidades com menor número de intermediação de contratos de trabalho, portanto menor percentual de serviços sob gerência de novos modelos administrativos, possuíram melhores resultados no que concerne ao ICSAB. No entanto, no último ano analisado, não há diferença estatística relevante entre as cidades analisadas. Uma explicação possível seria a entrada do Programa Mais Médico em diversas cidades nordestinas, o que não apenas melhorou o provimento de médicos em regiões mais vulneráveis (OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016) como também trouxe reflexos diretos em internações por diarreia e gastroenterite – em estudo de Gonçalves *et al.* (2016),

Pernambuco foi o estado do Nordeste onde esse fenômeno ocorreu de maneira mais contundente.

Em todo o território nacional, existe a obrigação dos gestores municipais de se responsabilizarem pelo alcance de metas e indicadores. Desde o Pacto pela Saúde de 2006, houve uma evolução no compartilhamento de responsabilidades de cada ente federado, ademais as responsabilidades são públicas e explicitamente apresentadas no Sistema de Informações que registra as pactuações, o SISPACTO. No caso específico das metas analisadas no presente estudo, foram definidas e regulamentadas em Resolução CIT nº 5, de 19 de junho de 2013, que possuía 67 indicadores que deveriam estar no "radar" dos gestores municipais.

Na atenção de média complexidade, foi escolhido para acompanhamento um indicador que, independentemente do porte do município, é facilmente calculável e acompanhável: a razão de procedimento de média complexidade. Compreende-se que, naquelas cidades com menor penetração percentual de novos modelos, houve um maior número de procedimentos, sobretudo no ano de 2011, e isso possuía uma relevância estatística. Com o passar dos anos, há uma equiparação entre todos os quartis, com raras exceções, como observado no ano de 2015: as cidades com percentual menor que 1% de vínculos não tradicionais continuam a ter resultados melhores. No contexto geral, mesmo na média complexidade, assim como nos indicadores de atenção básica, a expansão dos novos modelos não trouxe melhorias nos indicadores estudados. O resultado poderia ser explicado por um fenômeno comum na entrada de novos modelos em outros estudos. Há uma fragmentação dos sistemas de medição, falta de integração com a atenção primária, mudança de finalidade de recursos públicos para as entidades não governamentais. Segundo Reddy e Mary (2013), com a utilização de meios para maximizar o lucro, diminuindo a preocupação com as metas de saúde pública; a falta de interesse em compartilhar a informação clínica; a fuga de cérebros entre os profissionais de saúde do setor público; a falta de controle regulatório sobre suas práticas.

Segundo a Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016, que dispõe sobre o novo regime fiscal do Brasil, a União poderá ajustar

as despesas primárias exclusivamente até o valor do IPCA, medido até junho do ano anterior àquele em que o orçamento estará em vigor. Por outro lado, a Lei Complementar nº 101 de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), em seu artigo 20, apresenta quais são os limites de gastos com recursos humanos por parte do Poder Executivo federal, estadual e municipal, alinhada à recente aprovação da legislação que garante a ampla e irrestrita terceirização de mão de obra (Lei 13.429/2017).

A combinação das normativas impõe uma série de consequências para a gestão pública brasileira. Dados brutos do Sistema sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) apontam que, entre os anos de 2009 e 2015, o gasto com pessoal representou cerca de 45% das despesas dos municípios brasileiros. No mesmo intervalo, os gastos com recursos humanos cresceram quase 100%. Quando analisamos os dados especificamente sobre a região Nordeste, as médias dos municípios atendem a LRF, exceto nos estados do Maranhão (54,57%), Piauí (54,36%), Paraíba (60,13) e Pernambuco (55,92%), que em 2015 não conseguiram que os seus municípios atendessem as exigências legais.

Ao analisar Pernambuco, onde a despesa com pessoal durante toda a série histórica, 2009 a 2015, ficou acima de 55%, observa-se que o indicador é diferente da média nacional e esta, acima do que a LRF apresenta como adequado, ou seja, a média dos gastos das cidades pernambucanas é superior aos 54% e cresceu praticamente na mesma proporção que os indicadores nacionais de investimento em recursos humanos. Nos próximos anos, o cenário deve ser agravado fortemente, em consequência da redução dos investimentos e provável diminuição das transferências constitucionais para gastos primários, como saúde e educação.

Quando a análise é concentrada sobre os novos modelos de gestão e a repercussão na LRF (tabela 4), verifica-se que, no atual estudo, as cidades que mais investiram em vínculos intermediados têm menor comprometimento de sua folha de pagamento com pessoal da saúde e esse fenômeno é evidente na análise do ano de 2015. Verifica-se que há uma vantagem aparente no desempenho fiscal dessas cidades.

Independentemente de uma orientação federal explícita ou mesmo de uma construção local, ressalta-se que há participação de novos modelos administrativos em municípios, pois 16% das secretarias municipais de saúde apresentam profissionais com vinculação distinta dos modelos tradicionais.

Os resultados encontrados no presente estudo apontam que a escolha de outros modelos de gestão está relacionada à criação de mecanismos que reduzam o impacto dos gastos com pessoal na despesa com recursos humanos. Para alguns atores institucionais do SUS, a única maneira de se viabilizar o SUS e melhorar a atenção à saúde da população é por meio de novos modelos de gestão e de contratação de pessoal (ANDRÉ, 2013). Entretanto, observou-se que o fato não se confirmou no atual estudo, corroborando com Melo e Sousa (2011), os quais identificam que a melhoria do desempenho não está relacionada ao modelo de gestão. Na verdade, a definição de critérios adequados de monitoramento e a garantia de uma atenção à saúde adequada é que causarão melhoria na qualidade de vida da população.

Mesmo nos sistemas de saúde mais avançados, há um constante processo de ajustes. As diretrizes políticas orientam mudanças que ampliam o acesso, garantem integralidade do cuidado e redução de desperdícios, o que acontece com profissionalização da gestão, fortalecimento de autoridades regionais, priorização de indicadores de qualidade no momento da escolha dos provedores de serviço e valorização na atenção primária como definidora de investimentos nos outros níveis de complexidade (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Estudo publicado no ano de 2019, por Oliveira *et al*., apresenta as características da evolução no número de cursos de medicina em todo o território nacional. Para os autores, existe um crescimento no número de vagas que acontece em determinados momentos cujos contextos econômico e político favorecem a expansão. Entretanto, há uma tendência privatizante dos cursos. Os autores também destacam que há evolução favorável na interiorização das vagas e isso pode gerar um benefício para a sociedade. Os resultados qualitativos apresentados no presente estudo demonstram que há uma necessidade de

ampliação do número de médicos em regiões mais remotas do estado. Todavia, também é importante discutir como se pode reduzir a burocracia e aperfeiçoar os mecanismos de contratação e provimento de determinados profissionais em situações específicas – plantões, por exemplo – para o gestor municipal da saúde.

Os resultados do atual estudo apontam para a necessidade de melhorar o desempenho do serviço de saúde por dentro da administração pública tradicional, sem necessariamente haver mudança de modelo de gestão. Apesar de os resultados apontarem alguns caminhos e da inovação quanto à entrada de novos vínculos trabalhistas, modelos de gestão não estatais, inclusive em municípios de pequeno porte, ainda há a necessidade um estudo mais aprofundado, triangulando metodologias quantitativas e qualitativas para que seja analisado até que ponto as escolhas dos gestores estão ancoradas apenas na "fuga" da Lei de Responsabilidade Fiscal ou mesmo na melhoria dos indicadores e na relação conflituosa que, muitas vezes, existe entre os gestores e recursos humanos da saúde.

Conclusão

Atualmente, o maior desafio está em escolher um modelo de gestão que seja ao mesmo tempo eficiente, fácil e de rápido monitoramento/avaliação; que não seja submetido diretamente aos regramentos e às normativas que provocam a rigidez hierárquica e tanto reduzem a agilidade dos serviços públicos tradicionais; e, por fim, que garanta uma assistência à saúde de maior efetividade, reverberando em melhoria da atenção à saúde e dos indicadores municipais.

Para tanto, algumas características de um modelo que se adequaria às necessidades dos municípios deveriam atender as seguintes exigências: 1. garantia do provimento de profissionais médicos; 2. favorecimento da agilidade na ampliação de serviços de saúde; 3. pagamento prospectivo, a partir do cumprimento de carga horária ou outros parâmetros de fácil acompanhamento; 4. maior eficiência; 5. regras claras e de fácil elaboração para avaliação contratual;

6. menor custo na definição de parâmetros contratuais; 7. adequado para serviços de quaisquer portes; 8. redução da burocracia; 9. garantia à autonomia do gestor local; 10. ampliação da capacidade de inovação, ganho de agilidade, potencial para incremento e construção de novas políticas. A opção por algumas políticas e intervenções deveria ocorrer a partir da escolha estritamente técnica, baseada em evidências científicas, contudo as "políticas de saúde baseadas em evidência" ainda são raras.

A falta de acesso aos contratos nos municípios que possuem novos modelos de gestão, sejam eles consórcios, organizações sociais ou mesmo empresas privadas contratadas para administrar serviços de saúde, e a quase inexistência de portais de transparência ou publicação dos contratos, dificultando uma análise econômica mais aprofundada, foram limitações encontradas neste estudo.

A utilização de novos modelos administrativos para reduzir os impactos dos custos dos recursos humanos em saúde é um fenômeno antigo, ainda questionado por órgãos de controle, com repercussão direta no cotidiano do cidadão. As entradas de novas figuras jurídicas não resultaram em melhorias diretamente sobre os indicadores analisados; trouxeram repercussões jurídica e administrativa, sem reverberar na assistência ou prestação de serviço à sociedade.

Referências

AHMED, F.; NISAR, N. Public-private partnership scenario in the health care system of Pakistan/Projet de partenariat public-prive dans le systeme de sante du Pakistan. *East Mediterr Health J*, v. 16, n. 8, p. 910, 2013.

ANDRÉ, A. M.; TRENCH, M. H.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 1, p. 158-163, 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034891020130001000020>. Acesso em: 10 nov. 2017.

CARVALHO, F. C. D.; VASCONCELOS, T. B.; ARRUDA, G. M. M. S.; MACENA, R. H. M. Modificações nos indicadores sociais da região nordeste

após a implementação da atenção primária. *Trab Educ e Saúde*, v. 17, n. 2, p. 1-21, 2019.

FERREIRA, S. C da C. *Política Pública de Saúde* – Análise da agenda do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

GOMES, E. G. M. *Gestão por Resultados e Eficiência na Administração Pública:* uma análise à luz da experiência de Minas Gerais. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2009.

GONÇALVES, R. F.; SOUSA, I. M. C. de; TANAKA, O. Y.; SANTOS, C. R. dos; BRITO-SILVA, K.; SANTOS, L. X.; BEZERRA, A. F. B. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/141381232015219.1539> . Acesso em: 10 nov. 2017.

KVALE S. *Interviews:* an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage, 1996.

MELO, M.; SOUSA, J. C. Os Indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF: Um ponto da situação no atual momento da Reforma. *Rev Port Clin Geral*, n. 27, p. 28 -34, 2011.

OLIVEIRA, B. L. C.; LIMA, S. F.; PEREIRA, M. U. L.; JÚNIOR, G. A. P. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil. *Trab Educ e Saúde*, v. 17, n. 1, p. 1-20, 2019.

OLIVEIRA, J. P. A.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2719-2727, 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015219.1770>. Acesso em: 10 nov. 2017.

OXMAN, A. D.; LAVIS, J. N.; LEWIN, S.; FRETHEIM, A. O que é elaboração de políticas baseadas em evidências? *Heal Res Policy Syst*, v. 7, p. 1-22, 2009. Supl. 1.

PAL, R.; PAL, S. Primary health care and public-private partnership: an indian perspective. *Annals Trop Med Publ Health*, v. 2, n. 2, p. 46, 2013.

REDDY, S.; MARY, I. Rajiv Aarogyasri Community Health Insurance Scheme in Andhra Pradesh, India: a comprehensive analytic view of private public partnership model. *Indian Journal of Public Health*, v. 57, n. 4, p. 254-9, 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.4103/ 0019-557X.123264>. Acesso em: 17 jan. 2018.

ROEHRICH, J. K.; LEWIS, M. A.; GEORGE, G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, ano 1982, n. 113, p. 110-119, 2014. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>. Acesso em: 17 jan. 2018.

SANTOS, F. de A. da S.; JÚNIOR, G. D. G.; GURGEL, I. G. D.; PACHECO, H. F.; BEZERRA, A. F. B. A definição de prioridade de investimento em saúde: Uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. *Physis*, v. 25, n. 4, p. 1079-1094, 2015. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400003>. Acesso em: 17 jan. 2018.

SANTOS, F. de A. da S.; JÚNIOR, G. D. G.; GURGEL, I. G. D; LEAL, E. M. M.; MEDEIROS, K. R. Motivações para expansão de organizações sociais da saúde: percepção de gestores estaduais. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 8, p. 2220-2227, jul. 2014a. Supl 1.

SCHNEIDER, I. J. C.; ROCHA, T. A. H.; LACERDA, J. T de; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol e Serviços Saúde*, v. 25, n. 4, p. 767-76, 2016.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. DE. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 1, p. 7-17, 2007.

6

A condução da regionalização do SUS em Pernambuco na perspectiva dos membros das câmaras técnicas regionais

Débora Soledade de Oliveira
Francisco de Assis Silva Santos
Hélder Freire Pacheco
Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Introdução

Historicamente, a regionalização da saúde é antecedida por um longo processo de descentralização do poder público. Na Europa Ocidental e América Latina, a descentralização foi um fenômeno marcante dos processos de reforma dos Estados e dos sistemas de saúde, desde o final da década de 1970. Em grande número de países, por exemplo, Inglaterra, Canadá, Itália e Alemanha, a descentralização da política de saúde articulou-se à regionalização por meio de um arranjo de redes de serviços, associadas à criação e ao fortalecimento de autoridades sanitárias regionais (VIANA; LIMA, 2011).

Contudo, na América Latina, ambos os processos, de descentralização e regionalização, foram implantados com graus variados de articulação, com maior destaque para a municipalização no Brasil. O caráter centralizador da forma de organização do poder público perdeu força devido à crise estrutural do capitalismo na década de 1980, no processo de reforma gerencialista do setor público, com a descentralização e a publicização do setor saúde (GURGEL JUNIOR, 2004).

O resultado da estratégia de descentralização trouxera para a saúde, nos anos de 1990, a incorporação, pelos municípios, da responsabilidade pela provisão de serviços em seus territórios. No entanto, essa medida acarretou problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso, à intensa fragmentação e à desorganização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses problemas ocorriam devido ao fato de extrapolarem os limites administrativos e a governabilidade das instâncias municipais, entre outros fatores, necessitando da participação dos gestores estaduais no planejamento e consolidação de sistemas regionais de saúde (PEREIRA, 2009).

Considera-se que a tensão entre regionalização e descentralização da política de saúde se acentuou no Brasil, pois o processo de

descentralização fortaleceu a autonomia dos municípios. A regionalização, mais tardiamente, trouxe maior responsabilidade das instâncias estaduais (PEREIRA, 2009).

Neste estudo, utilizou-se o conceito de "regionalização" dado por Viana, Lima e Ferreira (2010), que a compreendem como um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, instituições, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.

Apesar de a regionalização estar presente como princípio do SUS na Constituição de 1988 e na Lei 8.080/90, somente foi reforçada a partir de 2000, quando da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que tem como instrumentos de planejamento da regionalização o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI). Particularmente, de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, a regionalização foi concebida como uma estratégia para integração dos sistemas municipais (constituição de sistemas regionais), ampliação do acesso e redução da iniquidade em saúde (BRASIL, 2013).

Com a publicação do Decreto nº 7.508, em 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 8.080/ 1990 e traz, de maneira mais clara, a definição de "Região de Saúde", é possível ter oficialmente municípios com o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), assinado pelos prefeitos da região, com o governador e o ministro da saúde. O COAP tem como objetivo a organização e a integração das ações e dos serviços em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2013).

Com vistas a fortalecer o planejamento regional, foram criadas na estrutura de governança do SUS as Comissões Intergestores Regionais (CIR), que são instâncias para discussão e pactuação. Contribuem na formulação de políticas públicas de saúde, considerando as

especificidades locorregionais. Articulam e apoiam os gestores e outros atores locais na implementação de monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde. São compostas por representantes da regional de saúde e dos municípios (BRASIL, 2012).

Em Pernambuco, o processo de regionalização e a proposição de organização da rede de atenção por níveis de complexidade resultaram na elaboração do PDR discutido e produzido entre os anos de 2001 e 2002, de acordo com as disposições da NOAS - SUS 01/01.

Após dez anos do referido plano, houve um novo desenho da rede em Pernambuco e alterações foram apresentadas, como a criação de mais uma Região de Saúde com sede administrativa no município de Goiana, além da criação de outra macrorregião de saúde com sede administrativa em Serra Talhada, integrada pelas VI, X e XI Regiões de Saúde (PERNAMBUCO, 2011).

Considerando-se as mudanças ocorridas no PDR de 2011 no estado de Pernambuco e a publicação do Decreto nº 7.508, que estabelece o COAP, mostrou-se uma revalorização do tema da regionalização no bojo da política nacional e na agenda dos governos estaduais. Existem poucos estudos que aprofundam a discussão acerca dos condicionantes do processo de regionalização no estado. Guimarães (2012) traz a perspectiva do gestor da Secretaria Estadual de Saúde na condução da regionalização em Pernambuco. O estudo de Reis, Cesse e Carvalho (2010) elaborou um modelo teórico-lógico e uma matriz de avaliação acerca das atribuições do gestor estadual na condução da regionalização. Entretanto, nenhum estudo analisou a perspectiva dos membros da CIR sobre a regionalização.

Nesse sentido, este capítulo busca analisar o processo de regionalização em Pernambuco na perspectiva dos membros das câmaras técnicas, considerando os dilemas e os desafios existentes, bem como as especificidades da configuração do sistema de saúde no estado.

Método

Trata-se de um estudo de caso com base na abordagem qualitativa. A escolha pela metodologia qualitativa se deve a sua capacidade de

poder compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, e possibilitar um maior nível de profundidade e entendimento do fenômeno estudado (RICHARDSON, 1989).

O estudo foi realizado com cinco membros das câmaras técnicas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A pesquisa foi realizada no estado de Pernambuco, que se estrutura numa área de 98 km², com população superior a oito milhões de habitantes (PERNAMBUCO, 2012). As entrevistas foram realizadas nas quatro macrorregiões de saúde de Pernambuco (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina).

Como critério de inclusão, foram considerados os membros da CIR que apresentaram boa capacidade de interlocução, disponibilizando-se a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por entrevista não estruturada. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica da condensação de significados de Kvale (1996). Essa técnica consiste no resumo dos significados encontrados no conteúdo das entrevistas, em um formato condensado, sem perder a sua essência. A aplicação dessa técnica de análise foi realizada a partir da utilização da planilha de Condensação de Significados, instrumento que sistematiza as informações das entrevistas analisadas. Os passos para a organização e análise das entrevistas procuraram seguir as orientações fornecidas pelo autor: leitura cuidadosa das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo; determinação das unidades de significados naturais, conforme expressas pelo sujeito; definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível; questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo; descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa (KVALE, 1996).

Para garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados e citados, foram utilizados códigos de identificação. A cada entrevista, foram atribuídos a letra “A” em maiúsculo e um número em ordem crescente. Por exemplo, A1, que significa entrevista número 1.

No que se refere às considerações éticas, a pesquisa foi realizada de acordo com os termos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional

de Saúde, respeitando-se a integridade física e moral dos participantes. Para o sigilo das informações geradas através dos dados primários, realizados durante o estudo, foram utilizados Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos (TCLE).

Resultado e Discussão

Em Pernambuco, a partir da publicação do Decreto nº 7.508/2011, começou a haver uma discussão sobre a regionalização no estado, introduzida pela Secretaria Estadual de Saúde, mas debatida por diversos atores envolvidos. Dentre as temáticas discutidas, destacam-se as mais relevantes: financiamento, gestão compartilhada e municipalização autárquica.

Financiamento

A categoria financiamento assume dimensão sobre pactuações interfederativas e alocação dos recursos financeiros na saúde.

Quando se aborda o financiamento em saúde em Pernambuco, não se pode deixar de dimensionar as peculiaridades da região Nordeste. Segundo Viana, Lima e Ferreira (2010), o Nordeste conheceu poucas experiências de regionalização, que estiveram mais voltadas para construção de polos regionais de desenvolvimento, dando continuidade ao padrão de desigualdade pela concentração de riqueza, população e serviços básicos nas capitais, com algumas poucas cidades médias no interior do estado. A concentração do financiamento e das ações em serviços de saúde na região metropolitana do estado é apontada pelos sujeitos da pesquisa:

> *Eu não vejo uma nova macro sem investimento dentro de um contexto que encaminha os recursos para os grandes centros [...] cada vez mais a gente tem que continuar mandando, encaminhando, referenciando para lugares distantes [...]* (A1).

> *As regiões de desenvolvimento, se eu digo desenvolvimento econômico, elas talvez tenham servido de base para o planejamento da política*

> *estadual, para o planejamento dos investimentos do sistema de saúde [...] é o franco investimento na região metropolitana do estado de Pernambuco, seja, por exemplo, na construção de grandes hospitais. É o fenômeno do desenvolvimento econômico concentrado numa única região [...]* (A2).

> *[...] a região metropolitana, ela deslancha [...] alguns investimentos são priorizados na região metropolitana [...]* (A3).

> *[...] a gente sofre muito porque é visto que os grandes investimentos do estado são mais na região metropolitana até Caruaru e alguma coisa em Petrolina, formando esse vazio assistencial tão falado pelo sertanejo [...]* (A5).

As evidências corroboram a afirmação de Andrade *et al.* (2004) sobre a alocação de recursos do governo federal para estados e municípios, no que se refere à atenção básica: que se baseia no tamanho populacional; quanto aos serviços hospitalares, os recursos são distribuídos a partir da oferta, o que tende a favorecer sua alocação nas localidades mais desenvolvidas. Reis, Cesse e Carvalho (2010), Mendes, Leite e Marques (2012) afirmam que, via de regra, a alocação de recursos segue preceitos de produtividade e não de necessidades; e que recebe mais recurso a localidade com um maior número de serviços (PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005).

Os entrevistados são unânimes em afirmar que a distribuição de recursos deve ser realizada de maneira equitativa, apesar de, em Pernambuco, a alocação de recursos atrelar-se a critérios político-partidários:

> *Aqui a gente sofre muito com a aglomeração de serviços onde já existe. Eu sou muito crítico ao estado de Pernambuco porque eu não enxergo uma gestão com um olhar técnico para as necessidades de cada região. Eu vejo muito a questão da má política [...] resumidamente, os critérios são mais político-partidários do que técnicos e de necessidade [...]* (A1).

Pelegrini, Castro e Drachler (2005) estabelecem que o grande desafio para o financiamento seria encontrar mecanismo que direcione a alocação de recursos de maneira equitativa e eficiente.

Ugá *et al.* (2003) apontam que os critérios utilizados pela União para distribuição de recursos entre estados e municípios ainda são insuficientes para redução da desigualdade em saúde. É imprescindível que

o gestor estadual contribua para a consolidação de um financiamento solidário entre as três esferas de gestão, a fim de contribuir para a superação das desigualdades entre as regiões de saúde. Existe a necessidade de equacionar os recursos para reestruturação dos serviços de saúde e da organização de sistemas regionais de saúde a partir da sua capacidade de captar recursos junto à esfera federal, e de alocar os recursos com base nos critérios e parâmetros definidos (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010).

Em Pernambuco, apesar das mudanças ocorridas no PDR de 2011, não há um PDI formal, sendo a CIB um importante espaço de governança das redes de atenção, podendo haver discussão sobre realocação de recursos (VIANA; LIMA, 2011).

Os membros das câmaras técnicas são unânimes em afirmar que deveria haver uma maior descentralização de recurso financeiro do estado para os municípios, tendo em vista que estes vivenciam dificuldades na execução de ações e serviços de saúde devido à escassez de recursos.

> *[...] A gente vê que o Estado tem receio de se desprender, de perder o controle dos recursos. No município, a gente vive sufocada com tanta obrigação, por conta do município que, muitas vezes, não se organiza. A gente vê que o município tem capacidade, mas há uma resistência muito grande do Estado em relação aos recursos [...]* (A1).

> *[...] e quando a gente faz a avaliação dos municípios, vê que o estado de Pernambuco é o que menos investe em recursos na rede municipal, embora tenha sempre justificado pela gestão estadual que estes recursos estão na alta e média complexidade [...]* (A4).

> *[...] o estado de Pernambuco tem uma grande concentração de recursos; tem uma dificuldade extrema de descentralizar esses recursos [...] eu vejo o Estado um pouco resistente no processo a descentralização de recursos financeiros.* (A5).

Em 2011, o Ministério da Saúde propôs, através do Decreto nº 7.508, o COAP como um instrumento da "gestão compartilhada" que tem a função de definir, entre os entes federativos, as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, organização

dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos (BRASIL, 2011).

A maioria dos entrevistados suscita dúvidas sobre se o COAP é um instrumento apenas cartorial ou se, através dele, há a distribuição equitativa de recursos. Esse descrédito se deve ao fato de já terem sido realizadas várias programações e pactuações em Pernambuco, como a PPI, e a operacionalização ficou comprometida devido à carência de recursos financeiros.

> *O município vai entrar nesse decreto [...] No momento da avaliação, foi colocado que o financiamento não ia mudar; então, a gestora decidiu aguardar mais um pouco em relação a esse processo [...]* (A1).

> *A regionalização se estrutura com o financiamento e aí a gente consegue estruturar a rede, mas está como estava antes; é uma grande bagunça; acho que a partir de agora vai começar a pensar o que é regionalização, como ela acontece; é a mudança que a gente quer; é o que vem acometendo nesse modelo, agora em Pernambuco, dessa transição [...] a PPI não deu certo; isso é novo; será que isso vai dar certo? Quando cheguei aqui minha angústia foi muito grande. Será que seria oportuno o COAP, no momento de transição que estamos passando, se a gente nem estruturou o que a gente já tem? [...] Antes o planejamento durava um dia e as execuções, anos. Que o planejamento dure mais e as ações de execução durem menos; aí entra nessa parte de terceiro setor, o COAP, são contratações que v*ão *ocorrer, mas tem que estar estruturado [...]* (A3).

Os entrevistados comungam do pensamento de que é necessária uma melhor discussão sobre o reescalonamento do financiamento para o planejamento regional, a fim de que não se fortaleçam apenas determinados serviços mas se reforce uma rede. Existem algumas medidas, como o financiamento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), estabelecido por meio da Portaria nº 3.170, de 24 de dezembro de 2008, porém eles afirmam que as medidas adotadas não são suficientes para oferecer uma assistência integral à saúde.

> *[...] na própria legislação, a gente identifica que a região não é um ente federativo e aí a questão do financiamento para os serviços, que são regionais, ainda é uma incógnita porque existe uma deturpação, por*

> *exemplo: existem alguns serviços que são de natureza regional, mas que têm gerência municipal e aí fica difícil que eles sejam executados dentro da perspectiva da política regional [...]* (A1).

> *[...] porque trata da questão da regionalização numa perspectiva maior, vendo a necessidade de prever um financiamento para a região, a necessidade de criação do conselho regional; seria o controle social no âmbito regional e, também, funcionar mais com uma perspectiva de região [...]* (A4).

> *[...] quando a gente não tem uma rede organizada, uma região clara e organizada, o financiamento se torna também muito complexo, porque você pode estar financiando pontos da rede e não ela como um todo; e aí você pode fortalecer um determinado ponto e fragilizar os demais [...]* (A2).

Na percepção dos membros das câmaras técnicas, Pernambuco vivencia a insuficiência de recursos financeiros e a desigualdade na sua partilha, dificultando a implementação da regionalização no estado. Para isso, faz-se necessária uma discussão sobre financiamento regional.

"Gestão compartilhada"

Para Tancredi, Barrios e Ferreira (1998), o planejamento estratégico é descentralizado e ascendente quanto às decisões a serem tomadas. Matus (1972) entende o planejamento como uma alternativa aos problemas, uma possibilidade para o surgimento de soluções e uma nova forma da ação mais propositiva.

Com o Decreto nº 7.508/2011, o planejamento da saúde é colocado na centralidade da agenda da gestão, apontando, como grandes desafios, a necessidade de remodelagem e o reordenamento dos instrumentos vigentes. O planejamento em saúde será integrado, do nível local até o federal, ouvindo os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros (BRASIL, 2011).

Os entrevistados são unânimes em afirmar que o planejamento deve envolver o poder público nos três níveis de governo e nas regionais de saúde, com pactuações e aproximação entre os municípios para compartilhamento das dificuldades existentes.

De acordo com os membros das câmaras técnicas, há um conflito interfederativo quanto ao planejamento das ações de regionalização no estado, fazendo-se necessário um planejamento ascendente e integrado com a participação dos municípios e das regionais.

> *[...] a gente está trabalhando enquanto câmara técnica [...] realizamos um planejamento... a dificuldade tem sido de que estas decisões realmente sejam consideradas; isso a gente entende como um processo porque a própria CIB ainda não concebe a CIR como autônoma para as suas decisões [...]* (A4).

> *Com o planejamento regional de saúde [...] isso vem sendo de certa forma tenso, não tenso do ponto de vista do embate, mas tenso do ponto de vista da discussão, do ponto de vista do diálogo [...] Contudo, se não há, nesse nível de poder, seja estadual, federal ou municipal, um alinhamento de ideias, essas vaidades vão conflitar em algum momento [...]* (A2).

> *Então, as coisas chegam de uma maneira muito rápida, e a gente não consegue parar pra pensar e analisar realmente se é bom, se é válido [...] então a gente precisa amadurecer mais no diálogo, sem juízo de valor; um diálogo onde ambas as partes cedam com foco na melhoria do serviço.* (A1).

> *[...] antes de implantar serviços novos, precisa antes conversar com os gestores locais para ver as dificuldades que os serviços existentes [...]* (A5).

Todos os membros das câmaras técnicas afirmam que a condução da regionalização deve ser realizada pelo estado. Os achados do estudo também corroboram com Viana e Lima (2011), os quais consideram que o planejamento das estratégias de regionalização se dá com a condução mais unilateral e centralizada pelo estado.

> *[...] então a gente não analisa; e a gente termina pactuando... as coisas já chegam muito bem definidas pelo Estado [...] Você num tem tempo de fazer uma análise, de juntar uma equipe [...]* (A1).

> *Historicamente, as regionais de saúde não foram consideradas dentro de um processo de descentralização; o Estado sempre foi quem fez o planejamento, quem monitorou tudo.* (A4).

> *[...] o estado vem, gradativamente, se aproximando dos municípios [...] Mas a gente ainda precisa de um avanço neste sentido: de que o Estado esteja cada vez mais presente; que as regionais sejam de fato fortalecidas.*

> *Há um processo em andamento, no sentido de instituir o planejamento nas regionais... de construção, mas ainda é tímido, precisa avançar mais. Ainda há a necessidade de o Estado demonstrar para os municípios esse compromisso de fazer a cogestão das ações de saúde de forma mais articulada, integrada com os municípios... não podemos negar, avançou, mas precisa avançar mais [...]* (A2).

> *[...] na questão da regionalização, quando se abre um fórum de regionalização, o conselho, o controle social, os gestores e técnicos são altamente participativos; participam da construção do projeto do desenho, opinam sobre tudo. A gente tem discussões muito produtivas, onde se identificam os problemas e se propõem soluções. Só que, no momento da efetivação, da decisão, muitas vezes tudo aquilo que é discutido não é levado em consideração; é o que já está pré-pactuado, pré-conformado antes do processo. Então fica mais ou menos, no qual só participou e para não dizer que você ficou de fora, mas no momento da decisão, o modelo já está preconcebido e é ele que prevalece.* (A5).

Segundo estudo de Guimarães (2012), apesar de o gestor estadual ter conhecimento do arcabouço legal e normativo do processo de regionalização e da sua importância, ainda há um distanciamento entre o conhecimento e a estratégia de operacionalização, o que também corrobora os dados da pesquisa:

> *[...] Do ponto de vista aí, acho que teve um grande avanço no processo de regionalização e, do ponto de vista prático mesmo, as coisas ainda estão muito na ideia das proposições [...]* (A5).

> *[...] Para a regionalização, nós temos ainda [...] desafios bem complexos; a gente não conseguiu avançar do ponto de vista de rede... a regionalização não deu conta disso. O planejamento é uma coisa muito cartorial; houve a aprovação, mas não há nada de concreto. A concretude não se deu; isso mostra fragilidades do processo de regionalização.* (A2).

Outro aspecto levantado pelos membros das câmaras técnicas é a necessidade de que o planejamento das ações de políticas e os programas do Ministério da Saúde sejam desenvolvidos e operacionalizados considerando a necessidade e as características regionais.

Diante das características apresentadas pelos membros das câmaras técnicas, percebe-se que Pernambuco vivencia um conflito no

processo de planejamento quanto às estratégias de regionalização, apresentando um planejamento mais centralizado no estado, sem considerar as características locorregionais e orientações do Decreto nº 7.508/2011.

Municipalização autárquica

Para Mendes (2001), o processo de descentralização provocou a atomização de sistemas municipais de saúde, ou a municipalização autárquica, conduzindo a um modelo de assistência baseada em sistemas locais de saúde isolados, no qual a atenção à saúde é expandida sem nenhuma articulação regional.

Essa descentralização municipalista fortaleceu os atores municipais e trouxe novos dilemas e desafios para a construção do pacto federativo. Pode-se tomar o lado positivo desse processo: no sentido da consolidação da democracia e construção de um sistema federativo. No entanto, grande parcela dos municípios brasileiros depende das transferências fiscais de outras esferas de governo, pois não tem arrecadação própria significativa e possui uma capacidade restrita de aumentar seu grau de independência política e financeira a partir do processo de descentralização (PEREIRA, 2009).

A regionalização, mais tardiamente, veio agregar maior responsabilidade das instâncias estaduais, cujo papel esteve negligenciado ou insuficientemente definido pelo arcabouço do SUS até o início da década de 2000. Foi naquele momento que a regionalização ganhou força no debate setorial, institucionalizando-se como política capaz de reverter o municipalismo radical em curso (SOUZA, 2011).

Para Santos (2013), é necessário regionalizar e descentralizar, a fim de inibir os efeitos negativos da descentralização, como isolamento do ente federativo, falta de conhecimento das realidades do entorno, fragmentação e enfraquecimento dos serviços.

Na percepção dos membros das câmaras técnicas, essa municipalização autárquica é nítida entre os municípios pernambucanos. Os municípios convivem com dificuldades que extrapolam os limites

administrativos da governabilidade das instâncias municipais, sendo necessária a consolidação de sistemas regionais de saúde. Além das dificuldades internas, convivem com as exigências do Estado, que cobra dos municípios o que eles não têm condições de executar, seja por deficiência administrativa, financeira ou de recursos humanos.

> *[...] aí o município se tornou protagonista do processo de gestão da saúde [...] mas isso também se tornou um processo perverso, porque foram incorporadas responsabilidades que a imensa maioria dos municípios não estava preparada para assumir [...] o município arca com a maior parte das despesas [...]* (A2).

> *Quando o município não chega a algum indicador, a gente escuta muito, do Estado, que é sua obrigação. Entretanto, quando é algo que é de obrigação do Estado, e ele não realiza, sempre encontra uma resposta plausível. O município sempre termina sendo o bandido da história, o grande culpado, é o que gera tantas discussões e tantos questionamentos [...]* (A1).

> *[...] o Estado está muito para cobrar e não de ser parceiro dos municípios. Deveria ser mais parceiro, apoiar mais o município. A gente tem alguns eventos claros da inoperância do Estado [...]* (A5).

Pelo discurso dos sujeitos, é necessária a participação dos gestores estaduais no planejamento e na consolidação de sistemas regionais de saúde. O estado é responsável pela articulação e coordenação do processo de regionalização, das referências intermunicipais, reorganizando a lógica do financiamento (PESTANAS; MENDES, 2004).

> *[...] os municípios colocam no Estado, talvez, um papel de salvador da pátria, ou seja, se o Estado chegar, se o Estado se fizer presente, tudo pode melhorar. Isso é uma visão que o município tem e eu não acho que seja tão utópica. Eu acho realmente que o Estado tem um papel central no processo de financiamento, no processo de gestão e, sobretudo, no processo de instituição e organização da rede de atenção à saúde.* (A2).

Os entrevistados têm o mesmo entendimento de que a política de regionalização é uma forma de se relacionar com outras cidades de maneira organizada, visando facilitar a oferta de serviços existentes. Apesar das dificuldades apresentadas, houve avanços no sentido da regionalização em Pernambuco, como o fortalecimento das Gerências

Regionais de Saúde (Geres). Todavia, ainda há muito a ser realizado, sendo necessário efetivar um modelo de cooperação e coordenação das ações conjuntas por parte dos entes federativos e regiões.

> *[...]* é *importante ressaltar que o Estado está se fazendo mais presente do que no passado. A política estadual, ela talvez esteja sendo mais respeitada nos espaços de cogestão, nos espaços colegiados, da Comissão Intergestora Regional. Essa comissão vem sendo fortalecida, inclusive nesse momento que a gente se encontra aqui; isso* é *uma realidade, mas ainda precisamos intensificar a concretização da política estadual de saúde [...] as GERES foram enfraquecidas, ao longo de vários anos. Não sei e prefiro, talvez, nem recordar em que momento começaram a ser enfraquecidas e também não consigo precisar em que momento começou a fortalecer, mas que isso vem ocorrendo, isso é um fato.* (A2).
>
> *Está tendo um amadurecimento agora, de regionalização, apesar de a gente vir falando de regionalização há muito tempo. Desde 1990 a gente já fala nisso, mas está se efetivando no estado de Pernambuco agora.* (A3).
>
> *[...] vem agora o fortalecimento das GERES [...] há projetos pra melhoria. O Estado dá suporte* à *autonomia. Esse processo é de fundamental importância.* (A3).
>
> *[...] Através da efetivação do PDR [...] começaram a visitar, começaram a ver quais eram as nossas deficiências, o que é que a gente tinha de fragilidade, o que a gente tinha de potencialidade, e começaram a estruturar esse modelo. E começou esse modelo de macro, que é excelente. Começou a ver o que é que tem em comum entre as regionais. Viram o que era mais parecido num grupo e juntaram. Quem é que tem mais fragilidade? Quem é que tem mais potencialidade? No que um município pode ajudar o outro? Quando eles começaram a ver por essa ótica, então realmente começou a andar [...]* (A4).

Pela percepção dos sujeitos envolvidos, os municípios convivem com dificuldades que extrapolam os seus limites administrativos e financeiros, sendo as estratégias de regionalização importantes para efetivação do direito à saúde. E apesar de haver avanços quanto à regionalização, como o fortalecimento das GERES, ainda existe muito a ser feito na implementação de medidas de ações regionalizadas, a fim de romper com a municipalização autárquica e a fragmentação do sistema.

Conclusão

Os achados indicam que o estado de Pernambuco vivencia a insuficiência de recursos financeiros e a desigualdade na sua partilha, levando a um prejuízo na implementação da regionalização. Há conflitos para efetivação de um planejamento ascendente e integrado entre as três esferas de governo e regiões de saúde, com um planejamento mais centralizado no Estado.

Apesar de haver avanços no processo de regionalização, é necessário romper com o planejamento sem base territorial e afastado da realidade locorregional. Os achados fortalecem a necessidade de pactuação e aproximação entre os municípios, a fim de romper com um modelo de assistência municipalista, no qual a saúde é expandida sem nenhuma articulação regional.

Os membros das câmaras técnicas vivenciam diariamente, em sua prática profissional, as negociações e pactuações que interferem diretamente na condução da regionalização no estado. Eles atuam nas regionais de saúde como atores que articulam e apoiam os gestores e outros atores locais na implementação do monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde. É de grande relevância compreender, através da percepção desses atores, os dilemas e os desafios que interferem na negociação de políticas públicas para desenvolvimento de ações regionalizadas em saúde.

Para melhor entender o processo de regionalização no estado de Pernambuco, é necessário analisar em profundidade a condução dos processos de regionalização em saúde em cada microrregião.

Referências

ANDRADE, M. V. *et al. Metodologia de alocação equitativa de recursos:* uma proposta para Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/lildbi/docs online/get.php?id=109>. Acesso em: 5 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno Diretrizes, Objetivos e Metas*. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Portaria nº 1.987, de 12 de setembro de 2012. *Diário Oficial da República Federal do Brasil*, Brasília, DF, p. 138-139, 2012.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011*. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 5 jul. 2014.

FREESE, E.; MACHADO, E.; CESSE, E. Analisando situações de governo em municípios pernambucanos: quem busca e quem produz mudanças na gestão do SUS. In: FREESE, E. (Org.). *Municípios*: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE, 2004. p. 261-296.

FREESE, E.; SAMPAIO, J.; CESSE, E. Avaliação no Sistema Único de Saúde. In: AUGUSTO, L. G.; CARNEIRO, R. M.; MARTINS, P. H. *Abordagem ecossistêmica em saúde*: ensaios para o controle da dengue. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. p. 54-64.

GUIMARÃES, V. L. B. *O processo de regionalização da saúde em Pernambuco, na perspectiva da gestão estadual*. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

GURGEL JUNIOR, G. D. A Reforma do Estado e o Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FREESE, E. *Municípios*: a gestão da mudança em saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 25-44.

KVALE, S. *Interviews*: An introduction to Qualitative Research Interviewing. New Delhi: Publications, 1996.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MATUS, C. *Estrategia y plan*. Santiago de Chile: Editorial Universitária, 1972.

MENDES, Á.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma metodologia para alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2012.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*: Tomos I e II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

PELEGRINI, M. L. M.; CASTRO, J. D.; DRACHLER, M. L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 275-86, 2005.

PEREIRA, A. M. M. *Dilemas federativos e a regionalização na saúde*: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais – Prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Ed. da UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 65-102.

PEREIRA, A. M. M. *Dilemas federativos e a regionalização na saúde*: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais: 2009. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização*. Recife, 28 dez. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2014.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão*: da municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. Disponível em: <http://educacaominassaude.com.br/workspace/uploads/publicacoes/pacto-de-gestao-da-municipa-5102e2e841128.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2014.

PRESTES, M. L. *A pesquisa e a construção do conhecimento científico*: do planejamento aos textos, da escola à academia. 3. ed. São Paulo: Rêspel, 2008.

REIS, Y. A. C.; CESSE, E. A. P.; CARVALHO, E. F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, n. 1, p. 157-172, 2010.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social*: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde*: os desafios da gestão interfederativa. São Paulo: Saberes, 2013.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. *Planejamento em Saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da UPS, 1998. v. 2.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

VIANA, A. L. D.; LIMA L. D. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

7

Sistema Nacional de Auditoria no Sistema Único de Saúde

Desafios para coordenação

Vilma Dornelas da Silva
Katia Rejane de Medeiros
Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Sydia Rosana de Araujo Oliveira

Introdução

A auditoria consiste em uma atividade de controle com vistas a verificar o cumprimento das normas e do contrato definido pelos órgãos reguladores para avaliar o desempenho e as ações desenvolvidas nos serviços de saúde (RODRIGUES, 2012). Seu resultado tem como premissa assegurar a conformidade da prática, recomendando atuar para a melhoria da assistência à saúde quando necessário (SANTOS, 2013).

No campo da saúde, a auditoria avalia a execução dos programas e convênios vinculados à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), visando melhorar a qualidade da assistência prestada, apontando distorções que merecem correção nos serviços de saúde (AZEVEDO, 2018). Com esse propósito, foi instituído o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), pela Lei n. 8.689/1993, no âmbito do Ministério da Saúde. Nele, ficaram estabelecidas as competências da auditoria, nas suas funções de avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, sendo realizada de forma descentralizada por meio dos órgãos estaduais, municipais e por representação do Ministério da Saúde em cada estado da Federação e no Distrito Federal. Por meio do Decreto n. 1651/1995, foram regulamentados a estrutura e o funcionamento na instância federal do SNA, que deverão ser observados por estados, Distrito Federal e municípios, quanto à execução dos mesmos objetivos nas suas respectivas instâncias.

De maneira geral, a auditoria no SUS é um processo permanente e contínuo que constata a eficiência na alocação e aplicação adequada dos recursos, a eficácia na qualidade das ações e serviços oferecidos aos cidadãos e a efetividade nos resultados da assistência, prevenção e promoção da saúde dos usuários (BRASIL, 2011a).

Entre os vários serviços e programas implantados, destaca-se a adesão pelos estados e municípios ao Sistema de Informação de Auditoria do SUS (Sisaud-SUS), que se constitui em um sistema de uniformização

dos instrumentos de auditoria cuja adesão vem permitir o acompanhamento da auditoria em todo o território nacional. Com esse sistema, buscou-se estreitar o processo de trabalho das três instâncias de auditoria – federal, estadual e municipal –, dando ênfase à questão da integração entre o Serviço de Auditoria (Seaud), a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e demais instâncias municipais. Neste sentido, é necessária a articulação permanente entre os componentes do SNA para afinar o trabalho no que diz respeito a objetivos, técnicas e instrumentos, incluindo capacitações, para a realização das auditorias integradas entre os três componentes do SNA.

No processo de descentralização que foi sendo implantado no SUS, essas novas demandas de auditorias integradas para as diferentes esferas demonstram as responsabilidades dos entes federados, notadamente os municípios, mediante a autonomia que lhes foi conferida pela Constituição Federal de 1988. Apesar do vasto arcabouço jurídico que trata do funcionamento do SNA, estabelecendo como se dá o processo de auditoria, há pouca discussão sobre como planejar a realização das auditorias integradas respeitando a autonomia dos respectivos componentes.

Nesse contexto de ampliação das responsabilidades, Recife, capital do estado de Pernambuco, foi um dos primeiros municípios que aderiram ao Sistema de Auditoria do SUS, em 2009, implantando o componente municipal e adotando o Sisaud-SUS. A experiência de descentralização da auditoria provocou a necessidade de melhorar a relação interfederativa entre os três componentes. Assim, este estudo objetivou analisar os relatórios de auditorias realizadas em Recife no período de 2008 a 2013, para identificar a relação entre os componentes federal, estadual e municipal e suas pactuações para realizar as respectivas auditorias.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, ou seja, realizada em áreas e sobre problemas em relação aos quais há escasso conhecimento acumulado e sistematizado, expondo características de determinada

população ou fenômeno e permitindo estabelecer relação entre variáveis (TOBAR; YALOUR, 2004).

Efetuou-se o estudo das auditorias realizadas pelo SNA nos serviços localizados em Recife no período de 2008 a 2013. Escolheu-se esse município pelo fato de ele dispor de maior rede de serviços de saúde em quantidade e complexidade da assistência (ALBUQUERQUE, 2013), ter relevância na assistência à saúde de usuários de outras localidades e ser a capital do estado. Optou-se pelo ano de 2008 pois nele implantou-se o Sistema de Informação de Auditoria do SUS (Sisaud-SUS), instrumento de padronização da prática de auditoria que estabeleceu a racionalidade e celeridade dos processos, além de uniformizar as três esferas de gestão do SNA (COUTINHO, 2013).

Para produção de dados, recorreu-se ao sítio <http://sna.saude.gov.br>, gerenciado pelo Denasus, consolidado por meio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Datasus). Constitui-se numa base de dados de todas as ocorrências e processos de trabalhos das auditorias realizadas no âmbito do SUS. Foram analisados 77 relatórios de auditorias do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), por intermédio do Núcleo de Pernambuco, denominado Seaud/PE, realizadas em diversos serviços e programas de saúde do Recife. As variáveis de análise foram segundo os itens *tipo de unidade*, *demandante*, *forma*, *tipo de auditoria* e objeto. Essas variáveis seguem descritas no quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das variáveis que compõem os relatórios de auditoria do SNA: Recife, 2013

Elementos	Descrição
Tipo de unidade	A natureza da unidade a ser visitada.
Demandante	Interno: quando a solicitação para a realização parte de órgãos internos ao SNA, ou seja, do MS, de outras secretarias, da Ouvidoria, entre outros. Externo: quando a solicitação vem de órgão externo ao SNA, como CGU e outros.
Forma	Operacionalização da auditoria de acordo com a origem dos profissionais que nela atuam. Pode ser direta, indireta ou compartilhada.

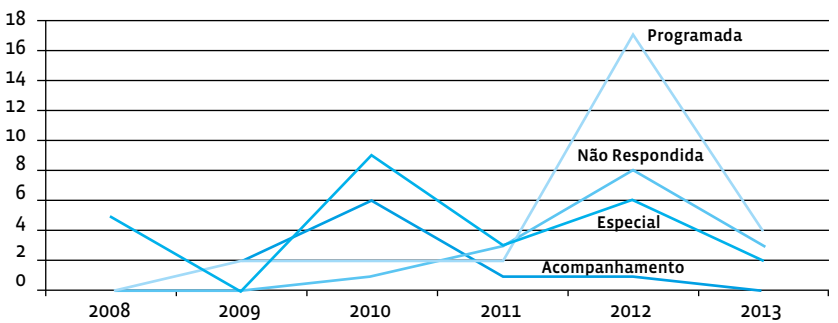
Elementos	Descrição
Tipo de auditoria	Programada: quando é definida no planejamento anual da gerência de auditoria. Especial: aquela que ocorre a partir de denúncia. Acompanhamento: aquela realizada a partir de outro processo instaurado.
Objeto	O foco sobre o qual se elabora o roteiro da auditoria.

Fonte: Brasil (2012)

Resultados

Entre 2008 e 2013, ocorreram 77 relatórios de auditoria. Observa-se que o ano de 2012 foi o que apresentou o maior número de auditorias realizadas: são 32 relatórios respectivos – sendo dezessete auditorias programadas, oito não respondidas, seis especiais e um acompanhamento. A média de auditorias no período estudado foi de doze relatórios, contudo a mediana foi de nove auditorias realizadas (figura 1).

Figura 1 – Número de auditorias realizadas por ano



Fonte: elaboração dos autores (2014).

Constatou-se que as auditorias acontecem, expressivamente, em hospitais gerais: 45%; e, na sua maioria, estão sob gestão estadual, sucedidas de auditoria da gestão: 16%. Nos serviços de gestão municipal, como atenção básica e policlínicas, verificou-se que ocorreram, respectivamente, 14% e 3% das auditorias realizadas (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das auditorias segundo tipo de unidade: Recife, 2008 a 2013

Unidade auditada	Frequência	%
Hospital geral	35	45
Gestão	12	16
Atenção Básica	11	14
Programa Farmácia	8	10
Especializada	5	6
Hospital especializado	3	4
Policlínica	2	3
Urgência/Emergência	1	1
Total geral	**77**	**100**

Fonte: elaboração dos autores (2014).

Quanto à variável demandante, observou-se que 48% das auditorias do período partiram de solicitação do Ministério Público Federal (MPF), seguidas das solicitadas pelo SNA: 29%. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS demandou 18%; o órgão de controle social – o Conselho Estadual de Saúde neste caso – participou com 1% no período, como demonstra a tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das auditorias segundo tipo de demandante: Recife, 2008 a 2013

Demandante(s) da auditoria	Frequência	%
MPF	37	48
Componente federal do SNA	22	29
MS/SGEP	11	14
MS/GM	3	4
Polícia Federal	1	1
CGU	1	1
AGU	1	1
MPE	1	1
Conselho Estadual de Saúde	1	1
Total geral	**77**	**100**

Fonte: elaboração dos autores (2014).

Das 77 auditorias pesquisadas, 90% foram realizadas de forma direta, ou seja, a equipe de auditores pertencia ao componente federal do SNA (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das auditorias segundo forma: Recife, 2008 a 2013

Forma da auditoria	Frequência	%
Direta	69	90
Integrada	8	10
Total geral	**77**	**100**

Fonte: elaboração dos autores (2014).

Quanto ao tipo de auditoria, 35% dos relatórios analisados se referem à auditoria programada; 32%, à auditoria especial; 13%, à auditoria de acompanhamento. Os outros 20% não referiram qual tipo de auditoria estavam realizando.

Tabela 4 – Distribuição das auditorias segundo tipo: Recife, 2008 a 2013

Tipo da auditoria	Frequência	%
Programada	27	35
Especial	25	32
Acompanhamento	10	13
Não informado	15	20
Total geral	**77**	**100**

Fonte: elaboração dos autores (2014).

Outro aspecto importante refere-se ao fato de que 42% dos serviços auditados usaram seu direito de ampla defesa, respondendo ao relatório preliminar. Adicionalmente, 19% responderam-no fora do prazo, implicando realização de *relatórios complementares*; e, em 39% dos serviços auditados, seus responsáveis não apresentaram o relatório preliminar. Evidenciou-se que, se de um lado os relatórios realizados pelo ente federal do SNA estavam de acordo com o que preconiza a

regulamentação para o processo de auditoria, com ênfase no cumprimento das regras institucionais, de outro lado, ao comparar as informações quanto à resposta ao *relatório preliminar*, notou-se que há pouco reconhecimento pelo auditado da importância desses relatórios para a tomada de decisão da gestão: 39% desses auditados não responderam ao referido relatório ou, quando responderam, fizeram-no fora do prazo estabelecido pela equipe de auditoria.

Tabela 5 – Distribuição das auditorias segundo respostas ao relatório preliminar: Recife, 2008 a 2013

Respostas ao relatório	Frequência	%
Não respondeu ao relatório preliminar	30	39
Respondeu ao relatório preliminar	32	42
Respondeu fora do prazo	15	19
Total geral	**77**	**100**

Fonte: elaboração dos autores (2014).

De acordo com os relatórios analisados na pesquisa, confirmou-se uma tendência de priorizar a auditoria voltada à averiguação da assistência geral e diversos programas, em detrimento das auditorias voltadas para recursos financeiros, significativamente realizadas antes da implantação do SNA.

Tabela 6 – Distribuição das auditorias segundo o objeto: Recife, 2008 a 2013

Objeto da auditoria	Frequência	%
Assistência geral	29	38
Incentivo hanseníase e doenças negligenciadas	15	19
Programa Farmácia Popular	8	10
Programa Estratégico	5	6
Tratamento em oncologia	5	6
Fora de bloco/controle	3	4
Recurso financeiro	3	4

Objeto da auditoria	Frequência	%
EC/29	2	3
Contrato	1	1
Gestão	1	1
Lei 8142, art. 4	1	1
MAC/Lim. Fin./Teto Est. Média e Alta Complexidade	1	1
Piso fixo de vigilância e promoção da saúde	1	1
Programa Aquisição de medicamentos excepcionais	1	1
SAMU 192	1	1
Total geral	**77**	**100**

Fonte: elaboração dos autores (2014).

Discussão

As auditorias tiveram tendência crescente na cidade de Recife ao longo do período analisado. Na amostra estudada, 45,5% dos relatórios ocorreram no ano de 2012, decorrentes de processos instaurados em anos anteriores. A maioria das auditorias foi realizada pelo componente federal, em hospitais gerais. Entretanto, observou-se a existência de auditorias nas demais esferas de gestão.

Instituir uma articulação mais efetiva no interior de cada esfera do SNA tem sido preocupação percebida na literatura. Oliveira e Oliveira (2019) apontam a necessidade de superar a fragmentação entre as esferas do SNA. Pesquisa realizada por Elias, Leite e Silva (2017) apontou que o Departamento Nacional de Auditoria (Denasus) tem ampliado o diálogo entre os três componentes do SNA, buscando integração, interação e complementariedade das ações de auditoria, todavia sem muito êxito. Este argumento talvez justifique que, apesar do longo período de implantação dos três componentes do SNA, ainda se tenham evidenciado auditorias realizadas pelo ente federal em serviços de gestão estadual. Neste sentido, a auditoria que, desde a implantação do SNA, apresenta uma nova postura diante dos cidadãos, exercendo uma atitude orientadora, tem enfrentado um grande desafio em

articular o funcionamento por dentro das estruturas federal, estadual e municipal.

Outra questão a destacar na análise dos relatórios é a auditoria realizada na gestão das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Aqui cabe reforçar que, entre outros, este é o papel do componente federal: auditar os recursos alocados no Fundo Nacional de Saúde (FNS), transferidos aos estados e municípios. Neste estudo, evidenciou-se, ainda, que durante o período estudado foram realizadas auditorias em diversos programas de gestão do SUS, atendendo a toda a Política de Saúde prevista no orçamento da União. No entanto, a participação das Comissões Corregedoras Tripartite, compostas por representantes das três instâncias de gestão do SUS, poderia ter contribuído muito mais para a estruturação de um funcionamento efetivo e ordenado do SNA, que possibilitasse uma maior atuação e articulação das três esferas de gestão do SUS na realização das atividades de auditoria, com estrutura de pessoal e técnica consolidada (ELIAS; LEITE; SILVA, 2017).

Ratificando a pouca articulação entre os componentes do SNA, os achados desta pesquisa reforçam o desperdício de recursos e o uso de instrumentos desconexos de regulação, uma vez que a maioria das auditorias, 90%, como controle interno, foram realizadas de forma direta, pelo ente federal.

Quanto ao demandante, apesar da quantidade de auditorias demandadas por outros órgãos do controle interno e externo, constatou-se que o SNA preservou o segundo maior número de demandas realizadas no período. De acordo com sua função de controle interno, cabe ao SNA realizar as auditorias, assumindo um papel relevante para que os gestores consigam cumprir as exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal (BEUREN; ZANATTO, 2014).

Dessa forma, segundo Azevêdo (2016), os relatórios resultantes das auditorias são instrumentos que servem de parâmetros para reformulação de trabalhos efetuados, diretrizes de controle e avaliação do serviço. Podem servir, também, como norteadores sobre como proceder no faturamento de procedimentos feitos pelo SUS, evitando perdas financeiras e de indicadores de saúde, num papel educativo e

ilustrativo por meio de recomendações de melhorias futuras nos serviços, diminuindo os maiores impactos relativos à gestão.

É relevante o papel do SNA para conduzir a coordenação desse instrumento de controle interno para dentro do SUS, no sentido de ir além da lógica de aplicação dos recursos: para a questão da qualidade do atendimento e do acesso. Neste sentido, são grandes os desafios para alinhar as três instâncias do SNA, não só na direção da realização de auditorias mas na condução de cooperação técnica dos seus componentes e de suporte ao controle social, ao planejamento, consolidando-se como instrumento de gestão para aprimoramento do SUS.

A Constituição Federal (1988) preceitua o controle social inserido nos princípios do SUS, possibilitando a participação social tanto na formulação como na fiscalização das políticas e ações, por meio dos mecanismos de representação (AZEVEDO; GONÇALVES; SANTOS, 2018). Tavares (2018) reforça que o sistema de controle da gestão pública pode ser exercido pelo controle social ou cidadão, que possui ferramentas e instrumentos próprios.

Nesta perspectiva, quanto ao papel do controle social, esta instância também demandou auditoria nesse período, através de denúncia do conselho gestor de um dos hospitais auditados. Todavia, há de se considerar que o controle social tem apresentado uma demanda pequena ao SNA. No período estudado, apenas 1% das auditorias foi apresentado pelo controle social do SUS, que é realizado pelos Conselhos de Saúde.

Santos (2012) levanta uma discussão importante sobre o exercício do *accountability*, que é determinado pela qualidade da relação entre o governo e o cidadão, entre a burocracia e a clientela. A Constituição Federal estimula o conceito de "cidadania" ao reconhecer os direitos sociais; não obstante, ainda se está longe de atingir a consciência do direito de o Estado prestar contas à sociedade, ou seja, de um Estado capaz de ouvir a sociedade e rever suas decisões todas as vezes que não estiverem relacionadas aos interesses coletivos.

É importante que a sociedade esteja atenta, principalmente neste momento de tantos retrocessos em relação às políticas públicas, para

desenvolver sua cidadania e cobrar do Estado o dever de garantir o bem-estar social. Os instrumentos legais existem e devem ser utilizados pelo cidadão.

Por outro lado, considerando a relação federativa que determina aos órgãos da administração direta exercer o poder e a função administrativa para garantir a manutenção da ordem social e econômica, o SNA estabelece comunicação com estes órgãos de controle da administração pública, sendo por eles demandado a responder sobre a questão dos serviços de saúde e do orçamento público destinado a este fim.

Novos desafios surgem no atual momento referentes às atribuições do Estado e municípios quanto ao imperativo da eficiência e transparência. Cabe ao gestor, portanto, atuar na perspectiva de assegurar que seja construído um modelo de atenção em saúde capaz de responder aos desafios atuais de gestão e às necessidades da população que se encontra sob sua responsabilidade (MELO, 2014).

Analisando os dados desta pesquisa, chama a atenção o fato de 35% das auditorias terem sido realizadas de forma programada, aquela que é definida no planejamento anual da gerência de auditoria pelos respectivos componentes do SNA (BRASIL, 2011b), sugerindo que poderia ter havido uma articulação entre os três componentes do SNA para que elas fossem realizadas com a participação de todos, de forma integrada; de modo que a instância federal estabelecesse uma cooperação técnica entre os estados, os municípios e o Distrito Federal (MELO, 2014). Contudo, Coutinho e Gurgel (2013) apontam que, apesar de todo o processo de descentralização, os municípios ainda apresentam pouca estrutura para desenvolver as atividades de auditoria.

Neste sentido, mediante diversas competências e autonomia dos entes federados, podem ocorrer, ao mesmo tempo, práticas e iniciativas de políticas públicas sem nenhuma integração, e essas ações tomadas isoladamente podem atingir de maneira sobreposta os mesmos problemas. Em consequência, perde-se, além da oportunidade de potencializar os recursos que já são escassos, a possibilidade de articular ações integradas de maneira a gerar melhores resultados (ABRUCIO, 2007).

Tais argumentos corroboram a literatura que trata da Política de Saúde no que se refere à descentralização, considerando que, para que funcionem os pactos políticos entre a União, os estados e os municípios, devem existir vontades convergentes. Tal processo de descentralização depende, também, da capacidade técnica e administrativa no âmbito local; da implementação de um sistema de monitoramento e *accountability*; além de regras claras e transparentes que definam a divisão de responsabilidades entre os responsáveis pela política (SANTOS, 2013). Dessa forma, a relação entre os níveis de governo necessita de maior articulação, acompanhamento e responsabilidade dos gestores no cumprimento de suas funções públicas para consolidação do SUS, de modo a proporcionar condições de saúde à população.

Em relação ao arcabouço jurídico da auditoria, existem ferramentas para o desenvolvimento das atividades de forma efetiva, eficiente e eficaz, de modo que possam garantir o controle na utilização dos recursos públicos, evitando o mau uso e contribuindo para o aprimoramento e a qualidade dos serviços prestados à população.

Para Elias, Leite e Silva (2017), uma Política Nacional de Auditoria pode permitir a estruturação e organização do SNA em âmbito nacional, na busca pela eficiência, efetividade e credibilidade da gestão do SUS. E, assim, criar mecanismos de apoio, incentivo e financiamento para o desenvolvimento dos componentes do SNA em cada esfera de gestão, adequando a infraestrutura ao grau de complexidade local das instituições e dos serviços prestados pelo SUS.

Coutinho e Gurgel (2013) referem que os auditores da Secretaria de Saúde de Pernambuco consideram que o Sisaud-SUS contribui com a uniformização dos relatórios, estabelecendo um acompanhamento das auditorias e permitindo o gerenciamento das atividades. Acrescenta-se a isso a transparência da gestão, ao possibilitar o acesso da sociedade às informações e resultados de suas ações, consolidando a auditoria como um instrumento de gestão.

É importante destacar que houve o incentivo do Ministério para a implantação do instrumento do Sisaud-SUS, o que favoreceu a adesão

dos respectivos municípios, como também o avanço do processo de descentralização com o Pacto da Saúde a partir de 2006. Tratou-se de instrumento importante para a realização de relatórios sistematizados e uniformes, bem como à instituição de controle da administração pública.

Não obstante, pode-se observar que há divulgação das auditorias realizadas pelo ente federal, e poucos são os municípios que divulgam os processos de auditoria realizados, apesar de, conforme Lei Federal 12.527 (Lei de Acesso à Informação, LAI), caber aos gestores municipais a divulgação quadrimestral do relatório de gestão com as informações quanto às auditorias realizadas e seus resultados.

Via de regra, constata-se que há fragilidade quanto ao papel da auditoria como instrumento de gestão.

Diante desse contexto, observando-se o período histórico de instituição do SNA, bem como o arcabouço jurídico que dá respaldo ao seu funcionamento, era de se esperar que a relação federativa estivesse com uma atuação mais efetiva. Atualmente, com o Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), é exigido do SNA o estabelecimento de uma relação federativa mais consistente para acompanhar o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Este se constitui em um espaço de negociação entre entes federativos (União, estados e municípios) por meio das Regiões de Saúde, para formalizar compromissos com o intuito de estabelecer as responsabilidades com ações e serviços, de modo a atender ao princípio da integralidade do SUS.

Dessa forma, cabe ao Sistema Nacional de Auditoria coordenar a cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal de forma harmônica e integrada, no sentido de melhor atender os dispostos constitucionais, bem como o referido decreto. Nessa organização, é vital a utilização de estratégias e ferramentas de controle que permitam informações gerenciais para subsidiar a tomada de decisão pelos gestores da saúde (ANDRADE, 2013). Cabe, também, ao SNA coordenar a cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal, sem que haja submissão de um ente federativo em relação ao outro,

combinando arranjos administrativos que mantenham a autonomia e a responsabilização respectivamente (SANTOS, 2013).

Nos resultados da análise dos relatórios de auditoria, observou-se que, apesar de a maioria das auditorias terem sido programadas, não houve a pactuação com os demais componentes para sua realização de forma integrada. Mas ficou evidente que o SNA realiza as auditorias de acordo com o preconizado pela legislação do SUS. É oportuno destacar, como objeto de discussão, a questão da representatividade desses relatórios para o serviço auditado: notou-se que 39% dos relatórios preliminares não foram respondidos; aliado a isso, 19% responderam-no fora do prazo, de que decorreu a instauração de relatórios complementares, com o objetivo de analisar as respostas do auditado fora do prazo legalmente estabelecido.

Pode-se dizer que os elementos e as evidências deste estudo revelam os avanços do SNA como dispositivo de controle interno da Política de Saúde, mas parece ser complexa sua atuação diante dos diversos arranjos institucionais e da autonomia política de estados e municípios, que podem de fato interferir na execução ou não das políticas federais (PINTO; SPEDO; TANAKA, 2010).

Autores como Santos (2012), Pinto, Spedo, Tanaka (2010) e Medeiros (2011) enfatizam aspectos importantes do processo de descentralização ocorrido no Brasil. Partiu-se de um forte poder centralizador no executivo federal para uma descentralização através de repasse de recursos, e não repasse de competências tributárias. Dessa forma, os municípios ficaram na dependência dos recursos da União e dos estados.

Nessa trajetória de descentralização, ocorreram vários ciclos. Entretanto, no período mais recente, segundo Viana (2011), a estratégia de descentralização foi dirigida pela ideologia democrática, no sentido de aproximar os processos decisórios dos usuários do sistema de saúde. Os atores-chave desse momento foram os gestores federais e dos diversos municípios do País.

Atualmente, a discussão sobre a instituição da Rede Interfederativa de Saúde altera a condição de relação dos municípios, que passam a uma discussão sem hierarquia, superando a dicotomia entre

administração e política. A administração pública e as esferas de gestão devem agir com autonomia, por meio de processos de negociação e consenso (PINTO; SPEDO; TANAKA, 2010). Todavia, parece um contrassenso: essa autonomia dos respectivos componentes compromete o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria, uma vez que não há uma coordenação capaz de exigir o cumprimento das pactuações realizadas pelos respectivos componentes federal, estadual e municipal para a construção de uma agenda conjunta e o planejamento entre os três entes federados a fim de constituir um plano de atividade integrado; um plano que respeite o contexto interno de cada ente, mas em que haja uma pactuação visando superar os obstáculos de um trabalho isolado, com superposição de papéis; pactuação que respeite a relação de autonomia dos entes federados.

Assim, é preciso persistir na cultura de aprimoramento de saberes, que promova uma mudança de práticas e a elaboração de instrumentos pautados em conhecimento científico, com possibilidade de aplicabilidade na realidade dos serviços.

Desse modo, ratificam-se os argumentos de Ditterich (2011): o aprimoramento na administração pública ocorrerá efetivamente se houver na organização valores como transparência, controle e participação por parte do cidadão, além de informação acessível e de qualidade para a população.

Retomando o que foi apresentado no início deste artigo, tem-se que as reformas do Estado contribuíram para uma redefinição dos mecanismos de controle, trazendo em seu bojo a reformulação do papel do Estado federado (OLIVEIRA; ELIAS, 2012), bem como a ênfase à descentralização. Merece reflexão, pois, a questão da magnitude do território brasileiro, que impõe grandes dificuldades à implementação do SUS, estabelecido de forma gradual, de acordo com a diversidade dos municípios brasileiros, em termos da capacidade de gestão e de sua heterogeneidade.

Com isso, defende-se a necessidade e pertinência de estudos que contemplem outras análises sobre o Sistema Nacional de Auditoria e sua relação com o controle social.

Conclusão

As maiores dificuldades encontradas neste estudo decorreram do restrito acervo científico sobre a temática. Por outro lado, a respeito do SNA, encontramos um importante acúmulo da legislação que sustenta a atividade de auditoria no sistema de saúde.

Outro problema encontrado foi a evidência de que alguns gestores auditados nem sempre respondiam aos relatórios de auditoria. Desse modo, revelavam, ainda, não ter incorporado a auditoria como instrumento de gestão. Houve avanço nos resultados dos relatórios analisados quanto à tendência de verificar a assistência em geral, pois as auditorias não foram voltadas apenas à análise dos recursos financeiros, demonstrando o cuidado não só com a aplicação adequada dos recursos mas também com os resultados dessa aplicação para a qualidade do serviço oferecido à população. Os resultados sugerem que as auditorias integradas foram incipientes, o que aponta para a necessidade de um trabalho integrado que potencialize os recursos para o aperfeiçoamento da auditoria como instrumento de gestão e fortaleça o papel do componente federal na coordenação dos trabalhos de auditoria.

São grandes os desafios a serem enfrentados, a partir de uma relação articulada e dialética entre os três componentes de auditoria, proporcionando, assim, uma coordenação que possibilite mais estudos e capacitações a fim de que a auditoria no SUS cada vez mais contribua com seus princípios e diretrizes; com vistas à melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados à população.

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, v. 41, n. Especial, p. 67-86, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00 34-61220070007000005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2009.

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-236, 2013.

ANDRADE, A. *Auditoria como estratégia para o fortalecimento do controle interno do SUS*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

AZEVEDO, G. A.; GONÇALVES, N. S.; SANTOS, D. C. A relação entre a auditoria e o sistema público em saúde. *Rev. Adm. Saúde*, v. 18, n. 70, jan.-mar. 2018.

AZEVÊDO, S. R. O Programa de Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde no Piauí. *Holos*, [s.l.], v. 2, p. 402-413, 20 abr. 2016.

BEUREN, I. M.; ZANATTO, V. C. Perfil dos artigos sobre controle interno no setor público em periódicos nacionais e internacionais. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1135-1163, set./ out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Auditoria do SUS*: Orientações Básicas. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>. Acesso em: 5 mar. 2012.

BRASIL. Portaria 1.467 de 10 de julho de 2006. Institui o Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS), via internet no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). *Diário Oficial da União*, n. 131, 11 de jul. 2006. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/portaria1467/pdf/>. Acesso em: 5 mar. 2012.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011*. Regulamentação da Lei 8080/90. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto7508.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2012.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

COUTINHO, B. M.; GURGEL, G. D. J. *Auditoria do Sistema Único de Saúde*: um estudo de acaso do componente estadual de auditoria de Pernambuco (CEA/SUS/PE). Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz/ CPqAM, Recife, PE, 2013.

DITTERICH, R. G. *A contratualização como ferramenta de gestão e organização da atenção primária à saúde*: avanços, dificuldades e desafios. 2011. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011.

ELIAS, Q. T. A. J.; LEITE, V. M.; SILVA, M. J. Auditoria no Sistema Único de Saúde: uma evolução histórica do Sistema Nacional de Auditoria para qualidade, eficiência e resolutividade na gestão da saúde pública brasileira. *Rev. da CGU*, Brasília, v. 9, n. 14, p. 559-575, jan./jul. 2017.

FARIAS, S. F.; GURGEL, G. D. J. et al. A Regulação no Setor Público de Saúde no Brasil: (des)caminhos da Assistência Médico-hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, supl. 1, p. 1043-1053, 2011.

FARIAS, S. F. *Interesses Estruturais na Regulação da Assistência Médico-Hospitalar do SUS*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

IBRANHES, L. C. et al. Governança e Regulação na Saúde: desafios para a gestão na região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575-584, mar. 2007.

MEDEIROS, K. R. *Lei de Responsabilidade Fiscal e Despesas com Pessoal da Saúde*: um estudo dos municípios brasileiros. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MELO, M. B. *O Sistema Nacional de Auditoria do SUS*: estrutura, avanços, desafios e força de trabalho. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola

Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

MELO, M. C. M. *A gestão do SUS*: a necessidade de uma auditoria qualificada e mais eficiente. Monografia (Pós-Graduação em Gestão Pública) – Universidade Cândido Mendes, Brasília, 2014.

NÓBREGA, M. O controle do gasto público pelos tribunais de contas e o princípio da legalidade: uma visão crítica. *Revista Eletrônica de Direito do Estado (REDE)*, Salvador, n. 26, abr.-jun. 2011. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com/revista/REDE-26-ABRIL-2011-MARCOS-NOBREGA.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2014.

OLIVEIRA, M. A. de; OLIVEIRA, C. M. S. C. *A aplicabilidade da auditoria na área da saúde* – entre a fragmentação e a integração. Disponível em: <http://www.portaldeauditoria.com.br/auditoria-em-saude/a-aplicabilidade-da-auditoria-na-area-da-saude.htm>. Acesso em: 23 ago. 2015.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação no Brasil. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-576, 2012.

PINTO, N. R. S.; SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y. (Im)Possibilidades de implementar uma direção única no SUS em municípios de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 518-532, 2010.

RODRIGUES, M. V. et al. *Qualidade e acreditação*. Rio de Janeiro: FGV, 2012. 152 p.

SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde*: os desafios da gestão interfederativa. Campinas, SP: Saberes, 2013.

SANTOS, L. *SUS e a Lei Complementar 141 comentada*. 2. ed. Campinas, SP: Saberes, 2012.

TAVARES, A. A. Governo eletrônico e a Lei de Acesso à Informação no contexto do fortalecimento do controle social e enfrentamento da corrupção no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL 2018, 15., São Paulo. ISSN: 2358-3010.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública*: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216 p.

8

Auditoria do Sistema Único de Saúde

Um estudo de caso do Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco (CEA/SUS/PE), 2010-2013

Bruna Mariana Coutinho
Hélder Freire Pacheco

Introdução

A auditoria é uma ferramenta utilizada para a melhoria da qualidade da gestão e responsabilização da política, sendo também caracterizada como um compromisso social não apenas como um cumprimento formal do arcabouço legal ou uma reafirmação do poder do Estado (MELO, 2013).

A ação de auditar tem origem na contabilidade, surgida entre os séculos XV e XVI, na Itália, a partir de práticas mercantis. Seu desenvolvimento foi impulsionado pelo modo de produção capitalista, que a utilizou como ferramenta de controle financeiro, por viabilizar o controle dos gastos e dos ganhos de um negócio (SANTI, 1988).

Ao descrever a auditoria, Melo (2007) faz uma analogia com a perspectiva de Weber (1999) sobre a ação social, afirmando que essa função gestora ocorre em três níveis: no primeiro, a auditoria supre a demanda pelo estabelecimento de regras de controle sobre os programas ou serviços; no segundo, ela atua na compreensão formal das regras; o terceiro corresponde à fase de divulgação dos resultados e formulação de orientações.

As conceituações descritas nos parágrafos anteriores demonstram a tendência crescente da auditoria educativa, em detrimento da punitiva-tradicional, ratificando seu compromisso com a sociedade.

No que diz respeito a sua classificação, as instâncias de controladoria definem modalidades para a auditoria, de acordo com o órgão auditor, o objetivo, o alcance, a periodicidade e o momento. O Tribunal de Contas da União (TCU), por exemplo, classifica a auditoria como operativa quando realiza uma análise sistemática de atividades, órgãos, programas; enquanto que a de conformidade objetiva verificar o cumprimento das normas e dos regulamentos, a fim de impedir fraudes (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2010).

Em que pese a auditoria estar, historicamente, ligada à área administrativa e à contábil/financeira, na aferição de valores, com o fito de detectar fraudes ou roubos, ela vem sendo continuamente aplicada também em outros campos do conhecimento.

Na saúde, a auditoria surgiu em um trabalho realizado pelo médico George Gray Ward, em Nova York (EUA), em 1918, o qual consistiu na verificação da qualidade do atendimento do profissional médico, usando como meio de observação os prontuários de seus pacientes (FERREIRA, 2007).

No campo da saúde pública brasileira, por sua vez, não há registro, na literatura, de como se deu a introdução de atividades de auditoria. Entretanto, há evidências da sua aplicação pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Essa ferramenta foi reconhecida através do Decreto nº 809/1993, o qual estabelece que compete à auditoria controlar e fiscalizar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros destinados à assistência, à saúde e aos pagamentos de serviços prestados e repassados aos estados, Distrito Federal e municípios pelo Instituto (BRASIL, 1993).

A Constituição Federal de 1988 traz, em seu artigo 198, que as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público realizar a regulamentação, a fiscalização e o controle, diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Em conformidade com a Carta Magna, a Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080/1990, prevê como competência da direção nacional do SUS a criação de um Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e a coordenação de avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com os estados, os municípios e o Distrito Federal (BRASIL, 1990).

Apenas em 1993, a Lei nº 8.689, além de extinguir o Inamps, instituiu o SNA, sendo assim estabelecida a obrigação de o Governo Federal criar mecanismos de regulação e fiscalização, incluindo as ações de controle e auditoria nas três esferas de gestão (BRASIL, 1995).

Contudo, após a reestruturação do Ministério da Saúde, o SNA adquiriu nova organização, através da Portaria 1.069, de 19 de agosto de

1999, ao passo que o controle e a avaliação ficaram com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), e as atividades de Auditoria, com o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), representado em todos os estados da Federação e no Distrito Federal (BRASIL, 1999).

É notório que houve avanço na auditoria do SUS com essas legislações, porém o processo ainda era centralizado, sendo uma contradição para o sistema de saúde proposto.

O processo de descentralização dessa atividade foi iniciado apenas em 1996, com a criação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/1996), a qual instituiu a estruturação dos componentes do SNA nas três esferas gestoras do SUS. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2002) definiu a constituição da esfera municipal de auditoria como requisito para a habilitação do município na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 1996).

O Pacto pela Saúde também abordou a auditoria, visando o seu fortalecimento, sendo encontrada dentro do Pacto pela Gestão. Na perspectiva desse documento, a auditoria irá servir de suporte para o controle social; para avaliar o sistema de saúde; avaliar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade; prestar cooperação técnica em tempo real; subsidiar o planejamento e o monitoramento com informações válidas e confiantes (BRASIL, 2006).

Já em 2007, foi aprovada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), que trata, entre outros pontos, da auditoria como responsabilidade das três esferas administrativas (municipal, estadual e federal) e cuja abordagem foi direcionada à importância da implantação dos componentes estaduais e municipais do SNA, bem como ao fomento desse dispositivo de gestão (BRASIL, 2007).

Outro instrumento legal que aborda a auditoria no SUS é o Decreto nº 7.508/2011, visto que, em seu art. 40, consta da responsabilidade do SNA no controle e fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (BRASIL, 2011).

Importante ressaltar que a auditoria do SUS é uma ação de controle interno, processo integrado e efetuado pela direção e pelo próprio

corpo de funcionários, cuja orientação se dá ao enfrentamento dos riscos e ao fornecimento de razoável segurança quanto à consecução da missão da entidade e de seus objetivos gerais, tais como, execução ordenada, ética, econômica, eficiente e eficaz das operações; cumprimento das obrigações de *accountability*; cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis; salvaguarda dos recursos para evitar perdas, mau uso e dano (TRIBUNAL DE CONTAS DE MINAS GERAIS, 2012).

Sendo assim, este capítulo objetiva analisar o Componente Estadual de Auditoria do Sistema Único de Saúde de Pernambuco (CEA/SUS/PE), segundo suas características operacionais e de percepção dos seus auditores, no período de 2010 a 2013, a fim de conhecer e divulgar a prática desse instrumento de gestão no âmbito da saúde pública pernambucana.

Método

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem quali-quantitativa, cuja unidade de análise é o Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco, criado pelo Decreto nº 20.393 (1998), e que integra a Secretaria Executiva de Regulação em Saúde/Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (PERNAMBUCO, 1998).

O período de estudo foi de 2010 a 2013, tendo em vista que o Sistema de Informação de Auditoria (Sisaud-SUS), fonte de dados crucial para o presente estudo, fora implantado em outubro de 2009.

As fontes dos dados coletados foram 268 relatórios de auditorias encerradas no período de 2010 a 2012 e extraídos do Sisaud-SUS, 23 atas de reuniões realizadas nesse mesmo período, bem como 8 entrevistas semiestruturadas aplicadas com a gerente, a coordenadora técnica e os auditores do CEA/SUS/PE.

Importa ressaltar que, para compor as entrevistas, foi utilizada uma amostra do tipo intencional, tendo como características de inclusão a experiência profissional na área de auditoria, os cargos de chefia (gerente e coordenadora) e a facilidade/disponibilidade em fornecer as informações.

Para análise da abordagem quantitativa, lançou-se mão da estatística descritiva (mediana e frequências relativa e absoluta), para posterior apresentação na forma de tabelas e gráficos.

Por outro lado, para a abordagem qualitativa, optou-se pelo método da Condensação de Significados. Nesse tipo de análise, os trechos da entrevista relacionados a uma questão específica do estudo são selecionados e condensados num quadro composto pelas unidades naturais das respostas dos sujeitos, e pelos temas centrais a eles vinculados, os quais representam as categorias conceituais (KVALE, 1996).

Quanto à apresentação dos resultados, foi usada a Tríade de Donabedian, método voltado para a assistência à saúde, desenvolvido por Avedis Donabedian, que consiste em um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de "estrutura", "processo" e "resultado", bem como da sua interdependência, correspondendo às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output* (DONABEDIAN, 1980).

A *estrutura* se refere aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, bem como ao financiamento e à disponibilidade de mão de obra qualificada; já o *processo*, envolve atividades profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos; e o *resultado* aborda o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (DONABEDIAN, 1980).

Como foi visto, a Tríade de Donabedian está voltada para a avaliação da assistência à saúde e foi utilizada de forma adaptada no presente estudo. As categorias foram agrupadas em três blocos:

Quadro 1 – Categorias do estudo, sob a perspectiva da Tríade de Donabedian

Grupo	Categoria	Abordagem do estudo
Estrutura	Distribuição (%) de profissionais segundo categoria	Quantitativa
	Vínculo e composição do quadro de auditores	Qualitativa
	Contribuições do Sisaud-SUS	Qualitativa
Processo	Número de atividades segundo tipo	Quantitativa
	Distribuição (%) das auditorias segundo objeto	Quantitativa

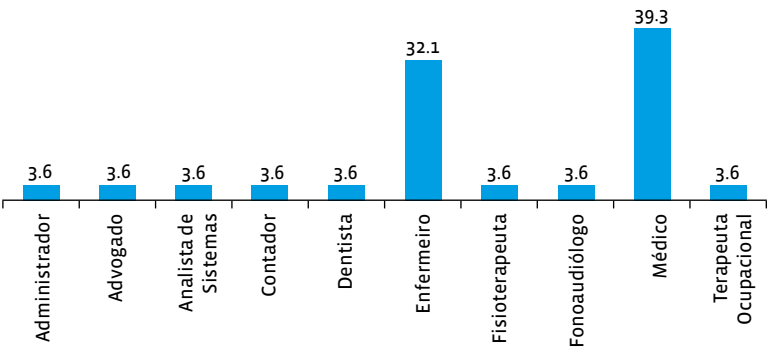
Grupo	Categoria	Abordagem do estudo
Processo	Distribuição (%) das auditorias segundo demandante	Quantitativa
	Relação com outras instâncias de auditoria interna	Qualitativa
	Relação com o controle externo	Qualitativa
	Papel da auditoria diante do Terceiro Setor (organizações sociais)	Qualitativa
	Distribuição (%) das auditorias segundo forma de operacionalização	Quantitativa
Resultado	Distribuição (%) de componentes municipais implantados	Quantitativa
	Contribuições das auditorias realizadas pelo CEA/SUS/PE para o SUS	Qualitativa
	Dificuldades para atingir os objetivos	Qualitativa

Fonte: elaboração dos autores.

Resultados e Discussão

De acordo com a configuração do estudo, o primeiro grupo de categorias a ser abordado é a *estrutura*. Dentro desse âmbito, o CEA/SUS/PE possui um quadro profissional composto por 1 gerente, 1 coordenadora técnica e 26 auditores. Dentre esses, 39,3% são médicos, 32,1% são enfermeiras e os demais profissionais são das seguintes categorias: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, analista de sistemas, advogado, contador, terapeuta ocupacional e dentista – correspondendo cada um a 3,6% (gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição (%) dos auditores do CEA/SUS/PE segundo categoria profissional – outubro de 2013



Fonte: Sisaud-SUS.

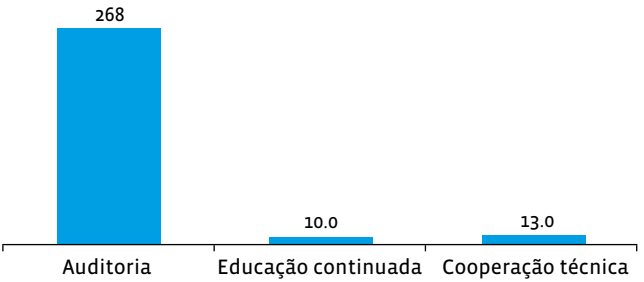
Sobre a referida distribuição do quadro de auditores, os entrevistados relataram que "a composição multiprofissional e multidisciplinar da equipe de auditoria é importante, porém, além da insuficiência no número de auditores, há deficiência de profissionais da área contábil-financeira e de especialistas da área médica".

No que concerne ao cargo de auditor, em Pernambuco não há essa formalização, ou seja, um ato de provimento específico para a área de auditoria do SUS no estado. Na análise dos auditores, "essa situação interfere na valorização e reconhecimento do trabalho, trazendo implicações negativas, como insegurança na execução da auditoria, parcialidade e dependência na atuação profissional, além de baixa remuneração, falta de isonomia das gratificações e inexistência de critérios do ingresso no setor".

Já na abordagem acerca do Sistema de Informação de Auditoria (Sisaud-SUS), constatou-se que ele "trouxe mudanças positivas para a auditoria do SUS, como a padronização dos relatórios, facilitando o entendimento do auditado; a realização de análises das auditorias realizadas; o gerenciamento das atividades; o estabelecimento de metas e prazos".

No enfoque do grupo referente ao *processo*, destaca-se que foram realizadas 268 auditorias, 10 atividades de educação continuada com os auditores do CEA/SUS/PE e 13 ações de cooperação técnica com os componentes municipais de auditoria (gráfico 2).

Gráfico 2 – Número de atividades realizadas pelo CEA/SUS/PE no período de 2010 a 2012



Fonte: Sisaud-SUS.

Dentre essas 268 auditorias, 57,8% tinham como objeto a assistência, e 42,2% trataram de questões relacionadas à gestão (quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição das auditorias realizadas pelo CEA/SUS/PE segundo objeto, no período de 2010 a 2012

Objeto		Frequência absoluta	Frequência relativa
Assistência (gestão municipal)	Rede própria	30	11,2%
	Rede complementar	36	13,4%
Assistência (gestão estadual)	Rede própria	37	13,8%
	Rede complementar	15	5,6%
Assistência (gestão dupla)	Rede própria	14	5,2%
	Rede complementar	11	4,1%
Gestão municipal	-	107	**39,9%**
Gestão estadual	-	5	1,9%
Gestão dupla	-	1	0,4%
Organizações sociais (assistência)	-	12	4,5%

Fonte: Sisaud-SUS.

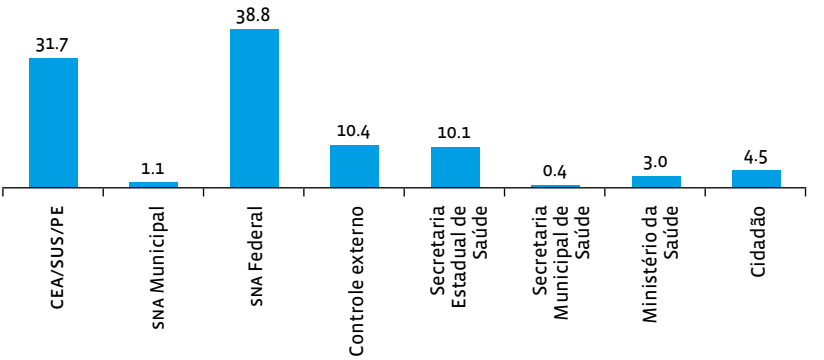
Ainda pormenorizando as auditorias encerradas, o segmento que as demandou, predominantemente, fora o SNA federal (38,8%) e, logo em seguida, está o próprio CEA/SUS/PE, com 31,7% (gráfico 3).

Além disso, o gráfico 4 evidencia a forma de operacionalização dessas auditorias, apresentando um predomínio da direta (90,3%) e perfazendo 1,1% de compartilhada, 6,3% de integrada e 2,2% com forma ignorada.

No que tange à relação do CEA/SUS/PE com o SNA federal e municipal, os auditores reconhecem-na como "[...] enriquecedora para o processo de trabalho de auditoria, tendo em vista o incentivo estadual para a autonomia dos municípios e pela independência do CEA/SUS/PE em relação ao federal. Entretanto, a fragilidade dos componentes municipais (dependência política, baixa qualificação profissional e

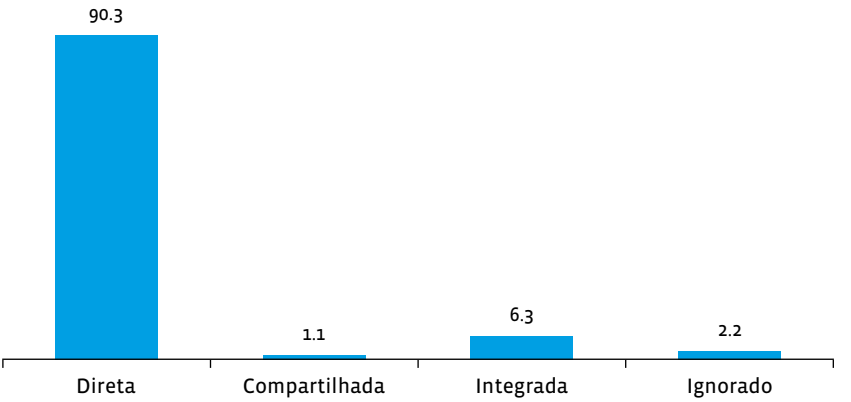
não entendimento do processo de trabalho da auditoria) e as ações ainda realizadas em duplicidade e desconexas refletem uma interação em construção.” (Auditores I e II).

Gráfico 3 – Distribuição (%) das auditorias encerradas segundo demandante, no período de 2010 a 2012



Fonte: Sisaud-SUS.

Gráfico 4 – Distribuição (%) das auditorias encerradas segundo forma de execução, no período de 2010 a 2012



Fonte: Sisaud-SUS.

A respeito da relação do CEA/SUS/PE com o controle externo, os entrevistados afirmaram que "a interação do CEA/SUS/PE ainda é incipiente, fato evidenciado pela ausência do retorno das auditorias realizadas, pela incipiência das auditorias compartilhadas e pelo foco dos controles interno e externo que, às vezes, é divergente; apesar do reconhecimento do CEA/SUS/PE, por parte do controle externo, já ser percebido" (Gerente).

Dando continuidade ao tema da relação do CEA/SUS/PE com outras instâncias, na opinião dos auditores, "[...] os setores internos da Secretaria de Saúde ainda desconhecem o papel da auditoria, não realizam o *feedback* a contento, com desconexão entre as áreas técnicas em geral. Apesar disso, são observadas mudanças positivas nessa relação, quanto ao retorno das demandas e no reconhecimento do CEA/SUS/PE." (Auditores III e IV).

Finalizando o grupo processo, na abordagem sobre a atuação da auditoria do SUS estadual no Terceiro Setor (organizações sociais), os entrevistados revelaram que "o CEA/SUS/PE reconhece a importância da auditoria diante desse contexto do Terceiro Setor, porém não há uma forma diferenciada de atuação, quando se compara com as auditorias realizadas na administração direta e também não há divulgação do papel da auditoria nos serviços sob a gerência dessas entidades" (Coordenadora).

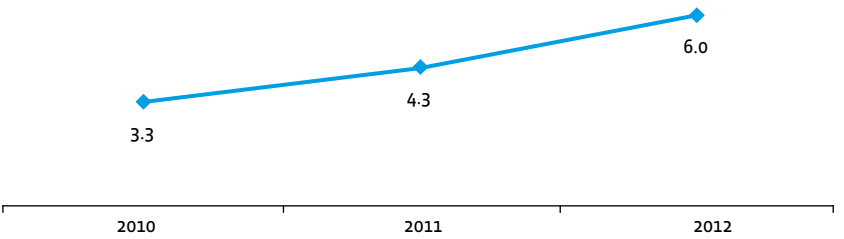
Ingressando agora no grupo *resultado*, a primeira categoria é a descentralização dos componentes de auditoria, consoante o gráfico 5. Observa-se que, dentre os 184 municípios de Pernambuco, 3,3% (Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Petrolina e Recife) possuíam esse serviço implantado em 2010, enquanto que os valores de 2011 e 2012 foram, respectivamente, 4,3% (os anteriores somados às cidades de Paulista e Vitória de Santo Antão) e 5,9% (os anteriores somados às cidades de Ipojuca e Goiana).

Os dois últimos aspectos pautados foram as contribuições das auditorias realizadas pelo CEA/SUS/PE e as dificuldades enfrentadas pelos auditores para atingirem os seus objetivos.

No primeiro ponto, os entrevistados relataram que "[...] há um avanço no que diz respeito à evidência das contribuições trazidas

pelas auditorias realizadas, bem como há uma melhoria da qualidade da gestão do SUS. Esses fatos estão associados a uma auditoria educativa e ao uso do relatório de auditoria como um importante instrumento." (Auditores V e VI).

Gráfico 5 – Distribuição (%) dos componentes municipais de auditoria implantados em Pernambuco, de 2010 a 2012



Fonte: Sisaud-SUS.

No que diz respeito às dificuldades, "as ainda existentes são estruturais, com espaço físico e transportes inadequados, diárias insuficientes, número aquém de auditores e de profissionais da área contábil-financeira, além de outras questões, como a inexistência do cargo de auditor, a dificuldade de alguns auditores desenvolverem trabalho em equipe e a visão externa de uma auditoria punitiva" (Gerente).

O quadro de auditores do CEA/SUS/PE apresenta uma concentração de profissionais das áreas médica e de enfermagem, em detrimento das outras categorias da saúde e, principalmente, da área contábil/financeira, panorama semelhante ao encontrado em outros estudos (ALELUIA, 2013).

Peduzzi (1998) definiu trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, ou seja, não é apenas a existência de diferentes profissões em um mesmo local, sendo necessárias articulação e cooperação.

Assim como foi demonstrado neste estudo pelos auditores entrevistados, Aleluia (2013) também enfatizou a importância da equipe

multiprofissional na auditoria do SUS, afirmando que a inexistência de algumas profissões na equipe dificulta a concretização e o aprimoramento da força de trabalho do SNA.

Ainda no âmbito de recursos humanos, de acordo com os auditores do CEA/SUS/PE, além da defasagem de algumas categorias profissionais no seu quadro, há outro obstáculo: a inexistência do cargo de auditor do SUS no estado, ou seja, não há provimento específico por meio de concurso público para essa função gestora (ALEXANDRINO, 2009).

Além dos recursos humanos, há outro integrante da estrutura do CEA/SUS/PE a ser destacado: o Sisaud. Ele foi analisado, pelos auditores entrevistados, como uma ferramenta que veio contribuir para o processo de trabalho, com uniformização dos relatórios, estabelecimento de metas, acompanhamento das auditorias e gerenciamento das atividades.

Arrial (2009) corrobora essa perspectiva, ao afirmar que o uso de tecnologia da informação para armazenar, gerenciar e processar dados nas organizações influencia continuamente os trabalhos da auditoria, pois cria novas oportunidades, regras e padrões de segurança, confiabilidade e conformidade das atividades.

Quanto às atividades desenvolvidas pelo CEA/SUS/PE, a ação de auditar não é o único foco de atuação, fazendo também parte do seu *modus operandi* as ações voltadas para o desenvolvimento profissional dos auditores internos e o apoio técnico aos componentes municipais.

O aprimoramento profissional realizado pelo CEA/SUS/PE, no período de estudo, consistiu em encontros periódicos, nos quais eram trabalhados temas específicos, que foram ou são potenciais objetos de auditorias, quais sejam: auditoria financeira, controle social, Decreto nº 7.508/2011, Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), atenção básica e financiamento do SUS.

Ainda nesse tema de aprimoramento de pessoal, Deloitte (2013) preconiza que um órgão de auditoria interna deve aplicar medidas como, a cada cinco anos, avaliar os auditores, de forma independente da auditoria interna, com base nos padrões do *Institute of Internal Auditors* e definir planos de treinamento, incluindo desenvolvimento

de habilidades técnicas, pessoais e certificações, a fim de aprimorar o processo de trabalho da auditoria, consequentemente, seus resultados.

Outra atividade desenvolvida pelo CEA/SUS/PE é a cooperação técnica junto aos componentes municipais, associada ao incentivo junto aos municípios que pretendam implantar a auditoria.

Os componentes municipais foram citados pelos entrevistados como um ator incipiente do SNA: "os componentes de auditoria municipal, apesar de serem obrigatórios, [...] eles ainda não foram constituídos em muitos lugares e, nos lugares onde foram constituídos, eles são muito frágeis"; "o componente municipal envolve vários vieses, a qualificação profissional [...] e o envolvimento político do interior, [...] tem sempre uma influência que atrapalha essa independência do auditor". Diante disso, é notória a importância da cooperação técnica estadual junto aos municípios para a consolidação do SNA.

Segundo Pereira (2009), o Estado, no período após 1988, passou a se deparar com os seguintes dilemas: predomínio de cultura política centralizadora; pulverização e fragmentação do poder e interesses no âmbito local; governabilidade reduzida dos estados; insuficiência de mecanismos regulatórios entre os governos; número elevado de municípios brasileiros com limitações das condições institucionais e políticas; uniformidade das regras nacionais; pouco enfrentamento das desigualdades territoriais com estratégias regionais.

Esses dilemas afetam também o fornecimento de subsídio técnico para os municípios, não só na auditoria, mas também na gestão do SUS como um todo.

Diante do exposto, ratifica-se que o preconizado para os componentes municipais é a descentralização. Entretanto, conforme discutido, em razão da notória fragilidade dos municípios, a desconcentração tende a prevalecer nas ações de auditorias municipais.

No que se refere a relações institucionais do CEA/SUS/PE, foi observado neste estudo que, em linhas gerais, a sua relação com os outros componentes do SNA, com o controle externo e os setores internos da SES encontra-se, ainda, com falhas e ações desconexas, porém também foi notado que há um avanço nesse sentido comparativamente a anos atrás.

No estudo de Melo (2007), foi encontrada uma divergência entre as opiniões dos auditores estaduais e municipais quanto à interação entre os entes do SNA: para o primeiro grupo, o trabalho entre os componentes do SNA é articulado, enquanto que para os auditores municipais essa integração não existe.

Esse importante *feedback* entre as instituições é uma das características da organização que utiliza o chamado Sistema Aberto, da Teoria dos Sistemas. As organizações que incorporam esse tipo de sistema estão em constantes interações múltiplas com o meio, dependem mutuamente entre si, estão em um ambiente dinâmico, importando e exportando resultados (CHIAVENATO, 2008).

Além disso, o Denasus determina como uma das diretrizes da auditoria do SUS a integração com outros órgãos das estruturas gestoras do SUS, como planejamento, controle e avaliação, regulação e vigilância em saúde, e outros órgãos integrantes do sistema de controle interno e externo (BRASIL, 2011).

Quanto ao objeto das auditorias, o CEA/SUS/PE realizou auditorias tanto de assistência quanto de gestão, com um pequeno predomínio do primeiro grupo. E, ao analisar cada um, observou-se uma maior frequência de auditorias acerca da assistência da rede própria estadual e da gestão municipal. Essa heterogeneidade de atuação também foi verificada nas auditorias realizadas pelo Denasus, porém observa-se ainda o predomínio das que objetivaram tratar da assistência nos três níveis de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, o componente estadual de auditoria tem como uma de suas responsabilidades os sistemas municipais de saúde, devendo verificar o cumprimento dos Planos Municipais, a operacionalização dos Fundos Municipais, indicadores e metas estabelecidos no Pacto pela Saúde, a constituição de serviços de regulação, avaliação e auditoria, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e a atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Ainda dentro do escopo de atuação do CEA/SUS/PE, há um objeto em particular: a organização social (OS), definida como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, instituída por iniciativa de

particulares, que recebem delegação do poder público, mediante contrato de gestão, para desempenhar serviço público de natureza social.

Sua fiscalização, por sua vez, deve ser realizada por órgão ou entidade supervisora da área de atuação. Importante frisar que essa tipologia de controle está atrelada à Teoria da Agência, que envolve dois atores, o Agente e o Principal, sendo que o Agente é o detentor da *expertise* e, por isso, recebe a delegação de uma atividade do Principal, que é o detentor do poder (ALEXANDRINO, 2009).

A relevância desse controle pode ser justificada pelo montante de recursos financeiros que se destina às OS. Só em Pernambuco, no exercício financeiro de 2011, o montante repassado totalizou R$ 379,25 milhões, sendo 79,08% da área de saúde (MELO, 2012).

Ocorre que o controle das unidades de saúde geridas por essas OS ainda é incipiente, haja vista que apenas 4,5% das auditorias foram direcionadas para esse tipo de objeto e, além disso, os auditores entrevistados neste estudo indicaram a inexistência de uma atuação específica diante desse arranjo institucional.

Tal fragilidade também foi encontrada na atuação do Tribunal de Contas de Pernambuco, em estudo realizado por Melo (2012), no qual a assimetria de informações foi apontada como importante nó crítico para a consecução dessa atividade de controle[46].

E, por fim, foram encontradas dificuldades no processo de trabalho no CEA/SUS/PE, relatadas pelos entrevistados, tais como: inexistência do cargo de auditor do SUS, problemas logísticos, como o espaço físico e transportes inadequados, diárias insuficientes, número de auditores e de profissionais da área contábil-financeira aquém do necessário, dificuldade de alguns auditores desenvolverem trabalho em equipe e a visão externa de uma auditoria punitiva – dificuldades semelhantes àquelas encontradas em outros estudos (FERREIRA, 2007).

Conclusão

O controle na administração pública é um dispositivo que visa manter o equilíbrio na relação existente entre Estado e sociedade, ou seja,

assegurar que os órgãos atuem em consonância com os princípios constitucionais, em especial os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

A auditoria do SUS, por sua vez, configura-se como uma atividade de controle interno, que busca a qualidade da gestão e da assistência ao usuário do SUS, principalmente através de ações de cunho educativo e orientador.

Apesar de sua relevância social, a auditoria do SUS ainda é pouco discutida do ponto de vista acadêmico, uma vez que há poucas pesquisas publicadas a respeito, conforme foi evidenciado na construção deste trabalho.

Quanto ao objeto deste – o CEA/SUS/PE –, foi constatado que, quanto à *estrutura*, há entraves no quadro de auditores em razão da defasagem profissional em termos gerais e de algumas categorias específicas, bem como pela ausência do cargo de auditor do SUS e suas repercussões. Por outro lado, nesse grupo de análise, há um notório avanço quando se fala do Sisaud-SUS, ferramenta que se mostrou imprescindível para as atividades do componente.

No estudo das categorias do grupo *processo*, evidencia-se que as relações institucionais entre o CEA/SUS/PE e os outros componentes de auditoria, o controle externo e os setores internos da SES ainda se configuram de forma frágil, porém com algum progresso, representado pelas auditorias integradas e compartilhadas (ainda em pequeno número) e pelas ações de cooperação técnica junto aos componentes municipais.

Por fim, no estudo das categorias do grupo *resultado*, constatou-se que a descentralização do SNA para os municípios pernambucanos ainda está em fase inicial, por questões estruturais e políticas, mesmo com o empenho do CEA/SUS/PE diante da situação.

Além disso, encontraram-se também entraves estruturais no próprio CEA/SUS/PE. Apesar disso, foi evidenciado que as contribuições da auditoria estadual do SUS/PE já são notadas pelos próprios auditores, que relatam melhoria nessa questão.

Destarte, o CEA/SUS/PE ainda está em construção para que o objetivo de um SUS de qualidade seja atingido, mas, para que isso ocorra, é

imprescindível o reconhecimento da auditoria do SUS, perante a gestão, a sociedade e as outras instâncias de controle.

Referências

ALELUIA, Í. R. S.; SANTOS, F. C. Análise dos auditores em saúde quanto aos serviços públicos de fisioterapia no estado da Bahia. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 4, n. 1, p. 1499-1515, 2013.

ALEXANDRINO, M.; PAULO; V. *Direito administrativo descomplicado*. 17.ed. Rio de Janeiro: Método, 2009.

ARRIAL, C. T. *Ferramentas computacionais aplicadas aos trabalhos de auditoria interna*. 2009. 81 f. Monografia (Especialização em Auditoria Interna e Controle Governamental) – Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União, Brasília, 2009. Disponível em: <http:// portal2.tcu.gov. br/portal/pls/portal/docs/2054224.PDF>. Acesso em: 10 dez. 2013.

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de dezembro de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011b.

BRASIL. *Decreto nº 809, de 24 de abril de 1993*. Aprova a Estrutura Regimental do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para vigência transitória; altera o Anexo II, parte a e b, do Decreto n. 109, de 2 de maio de 1991, e dá outras providências. Brasília, DF, 1993 a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_ Ato1993/ Decreto/D809>. Acesso em: 17 dez. 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, n. 182, 20 set., 1990, Seção I. p. 18055.

BRASIL. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 28 de jul. 1993 b, p. 10573.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Auditoria do SUS*: orientações básicas. Brasília: 2011a. 50 p. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/ LivroAuditoriaSUS_14x21cm.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Gestão do exercício de 2012*. Brasília, 2012.

BRASIL. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96*. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

BRASIL. *Portaria nº 1.069, de 19 de agosto de 1999*. Dispõe sobre proposta de reorganização das atividades de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, 1999.

BRASIL. *Portaria nº 3.027 de 26 de novembro de 2007*. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2013.

BRASIL. *Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://saude.gov.br>. Acesso em: 11 de janeiro de 2013.

BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

CHIAVENATO, I. *Administração Geral e Pública*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

DELOITTE, T. T. *Auditoria interna no Brasil*. 2007. Disponível em: <http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Brazil/.../auditoria%20interna.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*: the definition of quality an approach to its assessment. Ann Arbor. Michigan: Health Administration Press l, 1980.

FERREIRA, A. S. D. *Auditoria no Sistema Único de Saúde*: um estudo de caso no Sistema de Auditoria Assistencial de Minas Gerais - 2004/2006. 2007. 99 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária) - Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

KVALE, S. *Interviews*: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage, 1996.

MELO, M. B. *O Sistema Nacional de Auditoria do SUS*: estruturação, avanços, desafios e força de trabalho. (Tese) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

MELO, M. B.; VAITSMAN, J. Auditoria e Avaliação no Sistema Único de Saúde. *Rev. São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 152-154, 2008. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/ArtigoAuditoria1.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2013.

MELO, P. H. P. G. Organizações Sociais em Pernambuco: o desenho institucional do controle externo sobre os contratos de gestão. 2012. 97 f. Dissertação (Mestrado Administração Pública e de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 1998.

PEREIRA, A. M. M. Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais. 2009. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

PERNAMBUCO. Decreto nº 20.393, de 13 de março de 1998. Organiza o Sistema Estadual de Auditoria em Saúde de Pernambuco - SEA-SUS/PE, e dá outras providências. Recife, 1998.

SANTI, P. A. *Introdução à auditoria*. São Paulo: Atlas, 1988.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Manual de Auditoria Operacional*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/ docs/2058980.PDF>. Acesso em: 8 jan. 2013.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. *Cartilha de Orientações sobre Controle Interno*. Minas Gerais, jun. 2012. p. 21.

WEBER, M. *Economia e Sociedade*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1999. 584 p.

9

Auditorias em Pernambuco

O cenário do Componente Estadual no período de 2014 a 2018

Vânia Nazaré da Costa Silva
Eliane Maria Medeiros Leal
Cleibson Barbosa da Silva
Bruna de Almeida Prado
Marília Barbosa Coutinho
Gizele da Silva Lima
Arthur Jonathan do Nascimento Carneiro
Cezar Augusto Cerqueira
Flávio Renato da Guarda
Erlene Roberta Ribeiro Dos Santos

Introdução

As funções administrativas de controle interno e auditoria são, em grande parte, responsáveis por evitar desperdício financeiro para os formuladores de políticas públicas. Os recursos são escassos, finitos e a tomada de decisão deve estar fundamentada em processos decisórios estruturados a partir da gestão estratégica, tendo como base os conceitos de "eficiência", "eficácia" e "efetividade", o que viabiliza a sustentabilidade para os projetos de ação no setor público da saúde (SILVA; ALMEIDA JUNIOR, 2014; SANTOS; LEITE; SILVA, 2018).

No Brasil, apesar de não haver consenso a respeito, acredita-se que o registro mais antigo sobre auditoria em saúde descrito pela literatura corresponda à implantação da auditoria médica no Hospital de Ipanema, Rio de Janeiro (BARROS; VAITSMAN, 2008). Antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), as auditorias eram realizadas por supervisores, em prontuários de pacientes e contas hospitalares. As guias de internação hospitalar foram aperfeiçoadas e substituídas pelas autorizações de internação hospitalar (AIH) no sistema de Assistência Médica da Previdência Social. A atividade apresentava caráter punitivo e os serviços de fiscalização se limitavam à análise de contas médicas com procedimento de glosas. Nesse período, surgiu no cenário da gestão pública da saúde o cargo de médico auditor, atividade a ser realizada no próprio hospital, com caráter técnico e formal (GARCIA; DA SILVA FERREIRA; DA SILVA, 2018).

O modelo assistencial do País, nesse contexto, estava alinhado com a perspectiva hospitalocêntrica da assistência à saúde, e o financiamento se dava por meio de apresentação da produtividade de ações e serviços. Após a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Lei Federal da Presidência da República/Casa Civil n. 8.689, de 27 de julho de 1993, instituiu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com estrutura tripartite, compreendendo

os órgãos instituídos em cada nível de governo a partir da ação dos componentes nacional, estadual e municipal (BRASIL, 1990).

No arcabouço legal do SUS, as Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde) fortalecem o papel central do planejamento e do orçamento, ocupando posição de destaque devido à sua natureza ascendente, considerando as esferas municipal, estadual e federal. Apresentam três instrumentos básicos essenciais para cada nível da gestão: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (SANTOS; LEITE; SILVA, 2018).

Esses instrumentos contemplam desde a concepção das ações básicas concebidas para a saúde a serem realizadas no período de quatro anos no Plano, perpassando pela Programação Anual das Ações de Saúde a cada ano, até a prestação de contas para avaliação entre o que foi planejado e o que realmente foi executado anualmente, disposta no Relatório de Gestão. Essas ações deverão estar legitimadas a partir das instâncias de participação social, que são os conselhos e conferências de saúde. Além disso, o acompanhamento e monitoramento das ações planejadas devem estar na mesma plataforma dos princípios da administração pública, pautados pela legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (BRASIL,1990; LIMA; RIBEIRO; DO SOCORRO MENDES, 2012). Nesta lógica, a auditoria assume papel fundamental para a busca das evidências necessárias na tomada de decisões racionais.

O Decreto n. 7508/2011 é o dispositivo legal mais recente, que efetiva a função do SNA, discorrendo sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à saúde, ademais da articulação dos estados e municípios, prevendo acordos entre os entes federativos, com a finalidade de integrar ações em rede regionalizada, definindo indicadores e metas. A atuação da auditoria, com desempenho sobre a qualidade dos serviços, assume o protagonismo necessário para efetivar o planejamento (BRASIL, 2011).

Após três décadas de implementação do SUS, no cenário atual, o conceito da "auditoria" aplicada à gestão na saúde pública se apresenta como fundamental para a garantia do direito à saúde, assim como para a necessidade de concretização e aplicabilidade prática dos

instrumentos de planejamento e gestão, em área tão complexa como a saúde. De acordo com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), a auditoria é um instrumento de gestão apropriado para fortalecer o sistema, contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso, a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos e a transparência nos processos de gestão (BEZERRA *et al.*, 2012; CARVALHO *et al.*, 2012).

O conceito de "auditoria" consiste na averiguação sistemática e autônoma dos fatos e/ou situações obtidas através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas de uma atividade, elemento ou sistema para verificar sua adequação aos preceitos normativos e legais vigentes e precisar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. Esses procedimentos possibilitam a averiguação da qualidade dos sistemas e serviços prestados à população, à proporção que contribuem como instrumentos de gestão para planejamento, controle, monitoramento e aperfeiçoamento das ações de saúde (DE QUEIROZ ELIAS; LEITE; SILVA, 2017).

A partir da adoção dessa concepção conceitual pelo Ministério da Saúde, a auditoria transcende a perspectiva do caráter punitivo anteriormente aplicado; passa a apresentar perfil educativo, preventivo, com foco na qualificação da gestão, podendo ser classificada quanto à forma de operacionalização, ao tipo e à natureza (AZEVEDO, 2018):

> *Operacionalização* pode ser direta, realizada por técnicos do mesmo componente do SNA; integrada, quando há participação de técnicos de mais de um componente do SNA; e compartilhada, quando há participação de técnicos do SNA juntamente a técnicos de outros órgãos de controle interno ou externo;
>
> *Tipo* pode ser de conformidade, quando se examina a legalidade dos atos de gestão dos responsáveis jurídicos, nos aspectos assistencial, contábil, financeiro, orçamentário e patrimonial; e pode ser operacional, quando se avaliam os sistemas de saúde observando-se a eficiência, eficácia e efetividade;
>
> *Natureza* pode ser regular, quando é fruto da sua inserção no planejamento anual; e/ou extraordinária, quando são realizadas e não estavam previstas no planejamento anual.

Essa classificação não é unânime, sendo utilizada diferentemente por alguns autores, de acordo com o entendimento, a demanda e aplicabilidade dos processos de trabalho, dificultando a escolha e compreensão em todo o território nacional. A Secretaria de Saúde de Pernambuco elegeu a classificação a seguir, pois compreende que nesta estrutura há uma maior facilidade para a sistematização do processo de trabalho, mensuração do desempenho das atividades realizadas e adequação às práticas já realizadas:

> *Natureza da auditoria:* regular ou ordinária e especial ou extraordinária;
>
> *Formas de auditoria:* direta, integrada ou compartilhada;
>
> *Execução de auditoria:* analítica ou operativa;
>
> *Tipo:* auditoria de sistemas de saúde/gestão, serviços de saúde e ações em saúde.

A compreensão das especificidades da auditoria em saúde se faz necessária, pois essa se configura como poderoso instrumento para a gestão do SUS, já que fortalece o processo da tomada da decisão e revela a transparência das ações. Portanto, o objetivo do estudo foi descrever as auditorias de gestão, de serviços e de ações realizadas pelo Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco (CEA/PE) no período de 2014 a 2018.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado na Gerência Estadual de Auditoria da Secretaria de Saúde de Pernambuco, responsável pelo componente estadual. Além disso, foi realizada uma análise documental dos dispositivos legais que regulamentam as auditorias, e dos instrumentos para verificação de conformidades.

O período de referência compreendeu 2014 a 2018. A coleta de dados se deu por meio de consulta ao banco do Sistema de Auditoria do SUS (Sisaud-SUS), análise documental dos dispositivos legais que regulamentam as auditorias, dos instrumentos para verificação de

conformidades e controle interno do planejamento das ações. Como critério de inclusão, foram selecionadas as auditorias finalizadas no período; e de exclusão, as atividades realizadas no período que não atendem à caracterização de todas as etapas de uma auditoria.

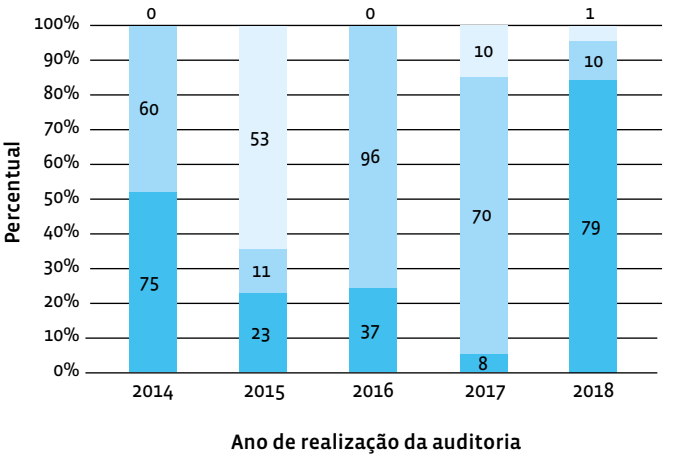
Os dados coletados foram transferidos e validados para planilhas pré-formatadas em Microsoft® Excel 2007, viabilizando a elaboração de gráficos e tabela. Para a análise dos dados, foram realizados procedimentos da estatística descritiva (frequência absoluta, relativa, média e desvio padrão). O estudo, por ter sido realizado mediante a coleta de dados, em um sistema público de informações secundárias, não necessitou da apreciação de Comitê de Ética, assegurados, desde o início, todos os compromissos éticos da utilização, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 510, de 7 de abril de 2016.

Resultados e Discussão

Durante o período de 2014 a 2018, foram realizadas 533 auditorias no estado de Pernambuco, sendo 222/533 (41,65%) do tipo serviço assistencial, 247/533 (46,34%) do tipo gestão e 64/533 (12,01%) do tipo de ação. Nos anos de 2014 e 2018, predominaram as auditorias de serviços assistenciais; já em 2014, 2016 e 2017 predominaram as auditorias de gestão. No período estudado, não se verificou tendência ao equilíbrio entre as auditorias. O ano de 2015 foi o único em que predominaram as auditorias de ação, conforme se observa na figura 1.

O padrão de ocorrência das auditorias, quanto ao tipo, varia de ano a ano, conforme a apresentação disposta na figura 1. A maior ocorrência de auditorias de serviço aconteceu nos anos de 2014 (55,56%) e 2018 (87,78%). As auditorias de gestão foram mais prevalentes nos anos de 2016 e 2017 (72,2% e 79,5% respectivamente), ao passo que entre as auditorias de ações o maior quantitativo foi realizado no ano de 2015 (60%). É importante ressaltar o fato de que nenhuma auditoria de ação foi realizada nos anos de 2014 e 2016, e apenas uma em 2018, conforme descrito na tabela 1.

Figura 1 – Distribuição de auditorias por tipo, realizadas pelo Componente Estadual do SNA em Pernambuco no período de 2014 a 2018



Fonte: elaboração dos autores com base no Sistema Nacional de Auditoria do SUS (Sisaud-SUS).

Tabela 1 – Auditorias realizadas pelo Componente Estadual do Sistema Nacional e Auditoria da Secretaria de Saúde de Pernambuco no período de 2014 a 2018

Tipos de auditoria	Ano					
	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Serviço Assistencial	75	23	37	8	79	222
Gestão	60	11	96	70	10	247
Ação	0	53	0	10	1	64
Total	135	87	133	88	90	533

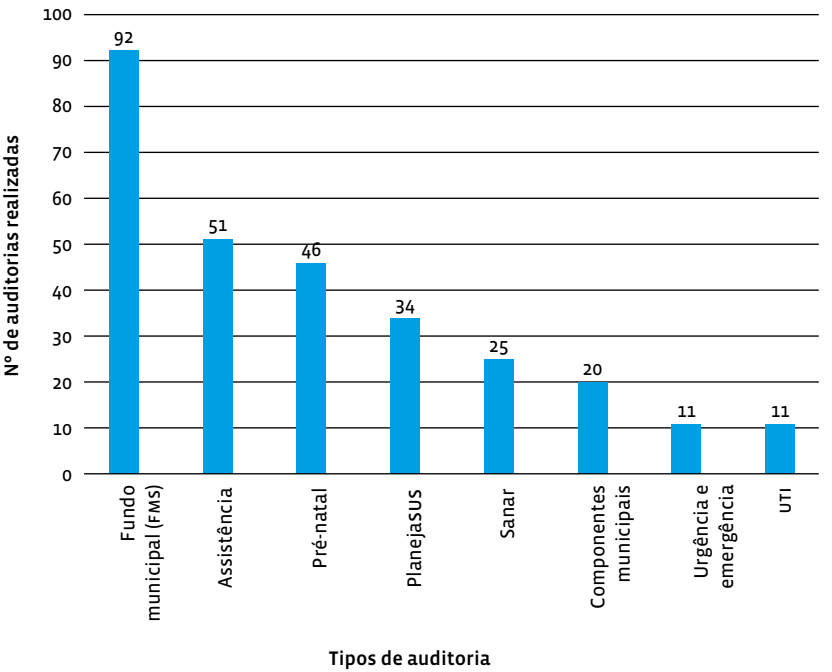
Fonte: elaboração dos autores com base no Sistema Nacional de Auditoria do SUS (Sisaud-SUS).

Os resultados observados corroboram as necessidades de atendimento às demandas públicas quanto aos serviços assistenciais e à qualificação da gestão, próprios da ação de governar, competência legal e normativa da gestão estadual do SUS. Essas auditorias, baseadas em evidências, contribuíram para qualificação do processo da tomada de

decisão do gestor (SANTOS; LEITE; SILVA, 2018). As auditorias de gestão operacionalizaram a verificação da aplicabilidade dos recursos financeiros e da execução de programas e convênios, contribuindo com a legalidade da atuação administrativa, à proporção que corroboram o estudo prévio, que destaca a importância da transparência na prestação dos serviços públicos (DO REGO; PEREIRA; DOS SANTOS, 2014; CARDOSO; ACIOLI; LUCENA, 2014.

Na figura 2, pode ser observada uma concentração das auditorias de gestão executadas nos Fundos Municipais de Saúde, além de outras, também de gestão, vinculadas a programas estratégicos, tais como Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) e Programa Sanar.

Figura 2 – Distribuição de auditorias por serviços em Pernambuco no período de 2014 a 2018

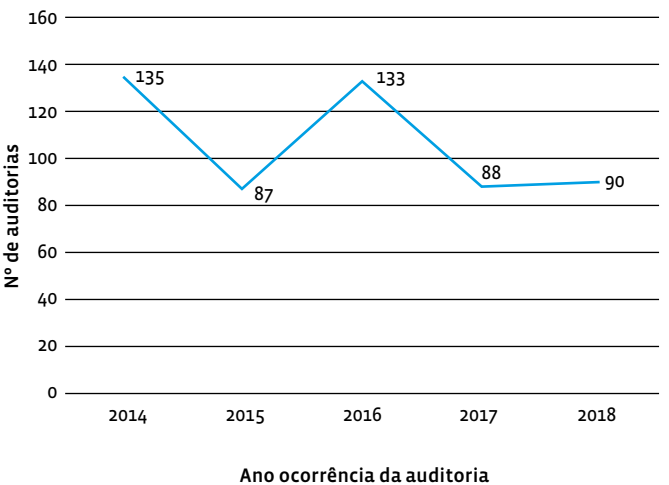


Fonte: elaboração dos autores com base no Sistema Nacional de Auditoria do SUS (Sisaud-SUS).

As diferentes classificações para auditoria são geradas a partir da finalidade do processo. As auditorias assistenciais descritas neste estudo se voltaram para a qualidade dos processos de trabalho na prestação dos serviços de saúde realizadas em hospitais, clínicas e de pré-natal. A qualidade dos serviços de saúde ofertados à população é condição essencial; de acordo com estudo prévio, há recorrência nas auditorias na área da saúde com foco na avaliação da qualidade da assistência prestada ao usuário do Sistema Único de Saúde, pois essa é essencial à prática dos profissionais de área tão complexa (SIQUEIRA, 2014).

A evolução do número de auditorias apresenta, de modo geral, uma tendência oscilatória entre 2014 e 2018, com uma redução em 2015, uma recuperação em 2016 e, daí por diante, uma tendência de queda nos anos de 2017 e 2018; os anos de 2014 e 2016 foram os que concentraram a maior parte das auditorias realizadas. Constatou-se uma média mensal de aproximadamente 10 auditorias/mês, associada a um desvio padrão da ordem de 25 auditorias (figura 3).

Figura 3 – Tendência de auditorias realizadas pela Secretaria de Saúde de Pernambuco no período de 2014 a 2018



Fonte: elaboração dos autores com base no Sistema Nacional de Auditoria do SUS (Sisaud-SUS).

Também pode ser observada, a partir da análise documental, a articulação interna na gestão do componente estadual, que utiliza a qualificação nos processos de trabalhos em auditoria, com sistemáticas de monitoramento e avaliação de relatórios, educação permanente e reuniões técnicas, para o fortalecimento da sua estrutura. Os estudos prévios estão em sintonia com a evidência encontrada. Apesar da ocorrência dessa qualificação, que já é percebida pelos auditores, houve perdas no efetivo da equipe técnica, o que pode explicar os períodos de queda na produção de auditorias, conforme descrição destacada em estudo prévio (CARDOSO; ACIOLI; LUCENA, 2015).

A auditoria como instrumento de gestão é ferramenta estruturante para a prestação de contas, obrigação do poder público; e o processo de operacionalização precisa ser discutido e pactuado tanto pelos entes federativos quanto pelas instâncias de participação social. Parte das demandas de auditoria também é oriunda da ouvidoria, grande aliada para acionar as ações extraordinárias. Portanto, essas duas ações precisam estar alinhadas, pois a escuta é uma ferramenta potente nas decisões do gestor e, quando ancoradas em processos que demonstram a transparência, são reconhecidas pela sociedade (SANTOS; LEITE; SILVA, 2018).

Conclusão

O estudo permitiu identificar que as auditorias planejadas são mais frequentes do que as extraordinárias, com auditorias de gestão e de serviços predominando sobre as auditorias de ações realizadas pelo Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco (CEA-PE), que elabora sua programação a partir das necessidades da gestão e das áreas técnicas.

Sugerem-se tanto a integração das instâncias dos serviços de auditoria quanto o aperfeiçoamento das metodologias de trabalho, de modo que gerem uma padronização para classificação das auditorias e correlação conceitual, o que viabilizará a realização de outros estudos da mesma natureza. Para tanto, é necessária a padronização de

processos de trabalho que necessitam avaliação de conformidades e instrumentos de gestão, com ênfase na auditoria como ferramenta de avaliação e facilitadora de processos de gestão, baseada na transparência e na prestação de serviços e contas públicas.

Considerando a necessidade da normatização dos processos de trabalho e a harmonização entre as três instâncias de componentes de auditoria, no SNA, o componente estadual está desempenhando um papel fundamental para a qualificação das auditorias. Por outro lado, há a necessidade de ampliar a implantação de forma eficiente, eficaz e efetiva dos componentes municipais em Pernambuco, pois o funcionamento dessa estrutura, seu processo e resultados integrariam tanto as ações do componente estadual, para fazer cumprir o que está preconizado (como competência de cada esfera de gestão), quanto a execução das auditorias. Desse modo, o fortalecimento da auditoria, como ferramenta de gestão para os três entes federativos, se daria de fato.

Apesar de a auditoria ser um dispositivo do controle interno, que assegura aos órgãos atuarem em consonância com os princípios constitucionais, e de apresentar relevância social, essa ferramenta do SUS ainda é pouco discutida no meio acadêmico, haja vista a escassa produção de estudos sobre a temática.

Agradecimentos

À Gerência do Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco (CEA/PE).

Referências

ALMEIDA, C. W. L. Auditoria Operacional: conceito, proposta e crítica. *Revista do TCU*, Brasília, v. 123, p. 42-59, jan./abr. 2012.

AZEVEDO, G. A.; GONÇALVES, N. S.; SANTOS, D. C. A relação entre a auditoria e o sistema público em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, Brasília, v. 18, n. 70, 2018.

BARROS, M.; VAITSMAN, M. J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 152-164, 2008.

BEZERRA, L. C. D. A.; ALVES, C. K. D. A.; REIS, Y. A. C. D.; SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; CARVALHO, A. L. B. D.; SILVA, G. S. D. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 17, p. 883-900, 2012.

BRASIL. Casa Civil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, v. 128, n. 182, 1990.

BRASIL. *Decreto n. 7508*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde–SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação, e dá outras providências. Brasília, 2011.

CARDOSO, A. C. A.; ACIOLI, R. M. L.; LUCENA, J. M. O. B. Caracterização das auditorias realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco em 2013. *Revista de Administração em Saúde (RAS)*, São Paulo, v. 16, n. 65, p. 123-131, out./dez. 2014.

CARVALHO, A. L. B. D.; SOUZA, M. D. F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. D. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 17, p. 901-911, 2012.

DO REGO, A. L.; PEREIRA, J. S. C.; DOS SANTOS, R. P. A auditoria interna e o seu papel na tomada de decisão nas organizações atuais. 2014. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Ciências Contábeis) – Fundação de Ensino "Eurípides Soares da Rocha", Centro Universitário Eurípides de Marília, Marília, SP, 2014.

GARCIA, T. T.; SILVA, W. F.; DA SILVA, A. Processo de auditoria em enfermagem e suas dimensões na assistência ao paciente: uma revisão

sistemática de literatura. *Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR*, v. 11, n. 1, 2018.

LIMA, K.; RIBEIRO, E.; MENDES, M. O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. *JMPHC: Journal of Management & Primary Health Care*, v. 3, n. 1, p. 15-25, 2012. ISSN 2179-6750.

QUEIROZ ELIAS, J. A. T.; LEITE, M. V.; SILVA, J. M. F. Auditoria no Sistema Único de Saúde: uma perspectiva histórica do sistema nacional de auditoria para a qualidade, eficiência e resolutividade na gestão da saúde pública brasileira. *Revista da Controladoria-Geral da União*, Brasília, v. 9, n. 14, p. 17, 2017.

SANTOS, E. R. R.; LEITE, A. F. B.; SILVA, A. P. S. C. *A tomada da decisão no cotidiano do gestor da saúde*: tecnologias, instrumentos e estratégias de atuação. Recife: UFPE, 2018.

SILVA, W. L.; ALMEIDA JÚNIOR, J. R. Auditoria contínua de dados como instrumento de automação do controle empresarial. *Journal of Information Systems and Technology Management*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 437-460, ago. 2014.

SIQUEIRA, P. L. F. Auditoria em saúde e atribuições do enfermeiro auditor. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, v. 4, n. 3, p. 5-19, 2014.

10

Auditoria no Sistema Único de Saúde

Uma análise do estadiamento do componente municipal no estado de Pernambuco

Clebiana Estela de Souza
Eliane Maria Medeiros Leal
Alexandre Bayer
Renan Carlos Freitas da Silva
Erlene Roberta Ribeiro dos Santos

Introdução

No processo de qualificação da atenção à saúde no SUS, com a prerrogativa de que esta fosse ofertada ao cidadão de forma integral, equânime e com qualidade, foram instituídas pelas instâncias gestoras várias ferramentas e mecanismos que garantem tais diretrizes. Dentre esses mecanismos, destacamos os instrumentos de controle interno, que anteriormente concentrava-se na revisão das demonstrações financeiras com o intuito de identificar possíveis inconformidades nos sistemas de prestação de serviços, de instituições públicas ou privadas (GRATERON, 1999; SILVA; ALMEIDA JÚNIOR, 2014).

Na atualidade, o escopo de atuação dos órgãos de controle interno na área de saúde está voltado para fiscalizar o conjunto de atividades realizadas e não apenas o controle contábil-financeiro dos recursos, como também para avaliar panoramas estratégicos com foco em resultados, tornando-se uma ferramenta que previne risco, ineficiência e desperdício de recursos (SILVA; ALMEIDA JÚNIOR, 2014).

A segunda geração de reformas do setor público remete à ação de controle para outro patamar, com maior capacidade de gerar um trabalho sistemático no sentido de evitar eventos relacionados a fraudes e desperdício financeiro, atuando como ferramenta de apoio à gestão de modo a proporcionar aos formuladores da política mais recursos para utilização adequada (COSTA; SANTOS; TRAVASSOS, 2012).

Por ser de natureza permanente, eventual e especial, a auditoria se insere como função pública que integra os órgãos de controle interno para analisar a economicidade da assistência e avaliação dos custos dessas atividades, a partir do registro contábil e documentos assistenciais das operações financeiras. Assim, evita os desperdícios, além de zelar pela normatização e padronização dos registros financeiros das

ações de saúde. Também é definida como avaliação sistêmica dos registros de prontuários e acompanhamento *in loco* do paciente, ao analisar as contas e os procedimentos das organizações de saúde (SILVA; ALMEIDA JÚNIOR, 2014).

Como a auditoria no SUS consiste num instrumento de controle interno que contribui para o fortalecimento da gestão, à medida que avalia essa dimensão do processo de controle e resultados das ações e serviços oferecidos ao cidadão, deve ser inserida como ferramenta de consolidação do controle social em cooperação técnica entre conselhos de saúde e gestores (ALMEIDA, 2012).

Difere de avaliação em saúde por fornecer uma opinião fundamentada em normas e princípios de adequação que decorrem de uma ação contínua, caracterizada por fornecer resultados após a ocorrência de eventos controlados (COSTA; SANTOS; TRAVASSOS, 2012).

A auditoria como função pública representa um exame sistemático de fatos relacionados à gestão do SUS observados à luz das normas e leis vigentes; permite a otimização da utilização dos recursos e eliminação das não conformidades, coibindo atos de improbidade administrativa na atuação de qualquer pessoa física ou jurídica que gerencie recursos públicos, por meio da veracidade de suas constatações e ressalvas, as quais permitem aos serviços melhoria em seus processos por meio das correções sugeridas (BRASIL, 1998).

Com a Constituição de 1988, o Estado assumiu uma nova concepção de saúde, tornando-se responsável pela execução das ações de proteção social com vistas à garantia do bem-estar ao cidadão (OVERDYK *et al.*, 2015; WILSON; SMYE; WALLACE, 2016). Com a nova configuração política do sistema de saúde, novos organismos de controle foram instituídos para atuar sobre as ações de saúde no setor público estatal e privado complementar, para coibir práticas fraudulentas que demandaram as primeiras iniciativas de fiscalização e prestação de contas (FLEURY; OUVERNEY, 2008; BRASIL, 1990).

Assim, o Estado brasileiro definiu na Lei n. 8.080/90 as responsabilidades sanitárias dos entes federativos (BRASIL, 1990) e a necessidade de realizar atividades de auditoria como uma função gestora pública,

viabilizando o controle, fiscalização e monitoramento dos processos e normas (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) no âmbito do SUS foi, então, instituído pelo Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995 (BRASIL, 1995), com as finalidades de controlar a execução; verificar a conformidade com padrões estabelecidos para sua operacionalização; avaliar a estrutura dos processos aplicados e os resultados alcançados. Ao mesmo tempo, afere-se sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade ao realizar a auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial (BRASIL, 1995).

Posteriormente inserido na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) permite que a auditoria seja utilizada como instrumento de governança no intuito de melhorar a alocação e utilização dos recursos, bem como garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida ao cidadão (BRASIL, 2006).

Cabe ao Denasus planejar e realizar auditoria de caráter interno, acompanhar as demandas externas por órgãos de controle como Controladoria Geral da União, Tribunal de Contas da União, Ministério Público, Polícia Federal, Poder Legislativo, além da solicitação dos cidadãos e denúncias ou reclamações oriundos da Ouvidoria Geral do SUS (BRASIL, 2017).

No estado de Pernambuco, foi instituído, pela Comissão Corregedora Bipartite, através do Decreto n. 20.393, o Sistema Estadual de Auditoria de Saúde de Pernambuco (SEA-SUS/PE), subordinado ao secretário estadual de saúde (PERNAMBUCO, 2014).

Cada nível deve atuar em cooperação técnica e organizada, devendo suas atividades ter como missão auditar os atos administrativos relacionados a gestão, recursos humanos e materiais, as atividades orçamentária e contábil, financiamento dos programas de governo, cuja execução pressupõe a disponibilidade de equipe multidisciplinar devidamente capacitada para a eficiência e eficácia dos trabalhos (OVERDYK *et al.*, 2015; PERNAMBUCO, 2014).

O presente estudo não pretende uma avaliação de qualidade das atividades de auditoria, mas apresentar o esboço do estadiamento do componente nacional de auditoria nos municípios do estado de Pernambuco, no período de 2014 a 2015, tendo como referencial o modelo sistêmico por se tornar útil na análise dos dados, demostrando presença ou ausência de atributos para aferir o resultado das atividades (DONABEDIAN, 2005).

Esse modelo permite entender como as características estáveis, como recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, os quais envolvem disponibilidade de equipamentos, capacitação dos indivíduos, organização do serviço e processo, além de aspectos éticos e relações, são utilizadas no cotidiano dos profissionais na condução das atividades para o alcance dos resultados (DONABEDIAN, 2005).

Método

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco, localizado no centro-leste da região Nordeste. Optou-se pelo estudo qualitativo, descritivo e transversal, por ser o mais adequado nas pesquisas sociais e permitir compreender a história das relações.

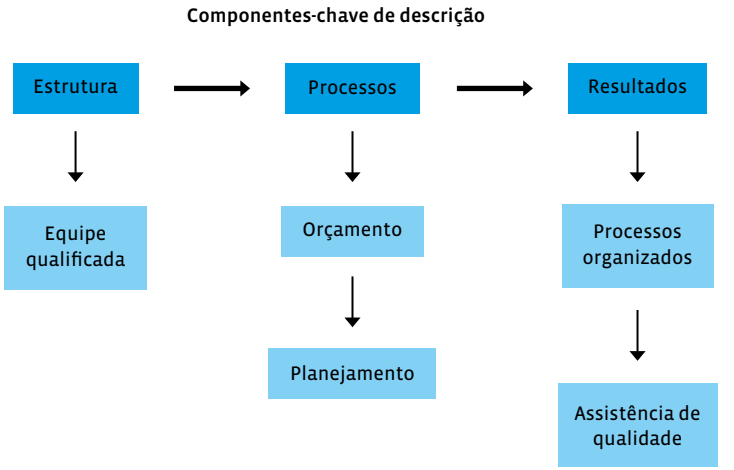
A técnica utilizada para coleta de dados foi a análise documental em documentos públicos e instrumentos de gestão municipal, relatórios de auditorias encerradas e Sistema de Informação de Auditoria do SUS (Sisaud-SUS), ferramenta informatizada voltada para a integração das informações relativas às atividades de auditoria no SUS.

O instrumento de coleta de dados foi previamente estruturado para a interpretação do estadiamento. Foi construída a matriz descritiva do estadiamento, na qual foram analisadas as dimensões de estrutura, processo e resultado do objeto em estudo.

Na dimensão de estrutura, foi analisada a presença nos componentes de algum registro em portaria de instituição, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários para o bom funcionamento. Na dimensão de processo, foram analisadas as atividades pertinentes ao planejamento, classificação e processo de busca aos diversos tipos de

auditoria. Na dimensão de resultado, buscou-se avaliar os resultados obtidos pela finalização do processo de auditoria por meio de seus relatórios publicados.

Figura 1 – Representação da matriz



Fonte: Donabedian (1982).

A análise das informações abrangeu a classificação e o registro por palavras-chave na matriz descritiva do estadiamento, elaborada com a finalidade de organizar as ideias partindo dos conceitos do modelo sistêmico conceitual proposto por Donabedian (1982), para avaliação da qualidade da assistência à saúde, pela técnica de análise do conteúdo, que permite tornar replicáveis e válidas as inferências sobre os dados de um determinado contexto. Os textos foram desmembrados em categorias, reagrupados e codificados de acordo com as inferências da matriz.

O estudo obedeceu aos critérios éticos da resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012, que considera o respeito pela dignidade humana. Não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa por não envolver seres humanos e utilizar dados secundários e documentos públicos.

Resultados e Discussão

A auditoria no estado de Pernambuco possui uma coordenação técnica que funciona ligada à diretoria de monitoramento e gestão do SUS, na Secretaria Executiva de Regulação, reestruturada pelo Decreto Estadual n. 32.823 de 09 de dezembro de 2008, que cumpre a competência de verificar as aplicações dos recursos estaduais (PERNAMBUCO, 2014).

Como primeiro resultado, é importante destacar a presença do componente municipal de auditoria. Desta forma, podemos observar a presença do componente municipal de auditoria em apenas 5,97% do total de 184 municípios e no distrito de Fernando de Noronha, estando os demais municípios em dissonância ao preconizado, que atribui a eles a responsabilidade pelo controle, avaliação e auditoria dos prestadores de serviços de saúde situados em seu território.

Cabe ao gestor municipal o dever de comprovar a estruturação do SNA como requisito para a gestão plena do sistema municipal, além de observar seus objetivos por meio de decretos, regulamentos e critérios avaliativos, reajustados e fortalecidos com a implementação do Decreto 7.508, que apresenta o Contrato de Ação Pública (COAP) como instrumento de gestão estratégica compromissada, transparente e ética da gestão pública (BRASIL, 2011).

Com isso, deveria estar fortalecida a tarefa da auditoria de avaliar os processos aplicados e os resultados alcançados, aferindo sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos como forma de garantia da eficiência, eficácia e efetividade dos procedimentos praticados nas ações do SUS nos municípios (BRASIL, 1995).

Da figura 2, consta o mapa do estado. Em destaque, estão os municípios que apresentaram registros em seus respectivos instrumentos de gestão de atividades de auditoria. A proporção circular destaca os municípios com meta de custeio e incentivo financeiro do próprio município para o seu fortalecimento quanto à estrutura de trabalho.

É importante ressaltar que alguns municípios do estado apresentaram cadastro no Sisaud-SUS no entanto não foi visualizada a publicação em seus instrumentos de gestão no momento da consulta,

representando dissonância entre os achados na consulta ao Sisaud-SUS e os documentos publicados. Isso demonstra atividade de auditoria incipiente nos municípios do estado, em discordância ao preconizado na lei 8.080/90 (BRASIL, 1990) e no Decreto 1.651/95 (BRASIL, 1995), ou seja, a realização de atividades de regulação e controle, sendo atribuição municipal verificar a efetividade das ações dos serviços públicos e privados de acordo com o previsto no plano municipal de saúde (PERNAMBUCO, 2014).

Figura 2 – Distribuição geográfica dos componentes municipais de auditoria em Pernambuco, 2014 a 2015

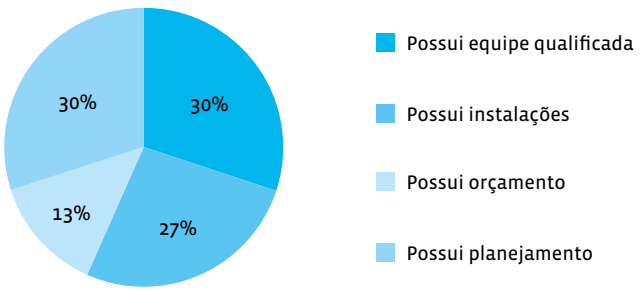
Fonte: elaboração dos autores com base em Sisaud-SUS e PPA municipais (2014 a 2017).

O gráfico 1 representa a situação do SNA nos municípios verificada em registros nos instrumentos de gestão: 30% do total citam equipe qualificada; outros 30%, planejamento de atividades; 27%, uso de instalações; e 13%, orçamento para aquisição de equipamentos.

A fragilidade do componente corrobora estudos que afirmam as dificuldades enfrentadas pelos municípios: qualificar profissionais, entraves políticos que impedem sua independência, ausência de um financiamento que fortaleça suas atividades (BRASIL, 2007; SANTOS *et al.*, 2011), assim como de uma equipe multiprofissional habilitada tanto nas ações de assistência quanto nas de controladoria para a execução de qualquer atividade com bons resultados (SANTOS *et al.*, 2011;

MOIMAZ *et al.*, 2012). Sua ausência nos municípios quebra a lógica de fortalecimento da gestão do SUS no que se refere aos controles internos administrativos e do processo de governança, economicidade, eficiência, eficácia, efetividade e equidade do acesso, além de deixar de agregar valor aos processos de trabalho, pois compromete o cumprimento das metas previstas na execução dos programas (MOIMAZ *et al.*, 2012).

Gráfico 1 – Distribuição estrutural do componente municipal em Pernambuco, 2014 a 2015



Fonte: elaboração dos autores com base em instrumentos de gestão municipal (2014 e 2015).

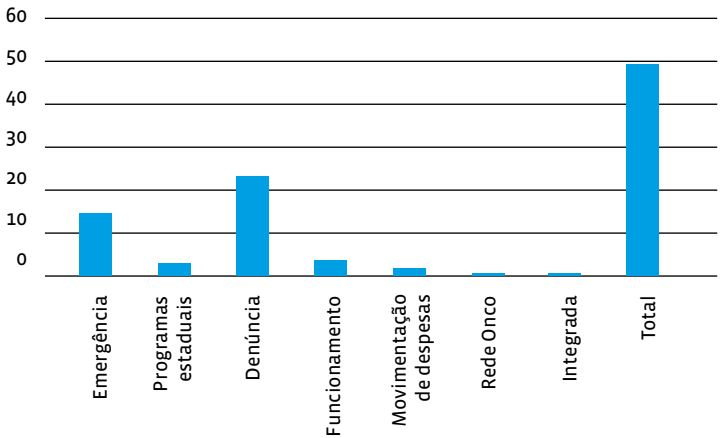
Como segundo resultado, podemos destacar a contrapartida do componente estadual de auditoria, que atua conforme o decreto 1.651/95 (BRASIL, 1995), desempenhando suas ações planejadas. Além de cumprir sua demanda, necessita cobrir a demanda municipal, o que não consegue atender devido às lacunas da atuação incipiente nos municípios.

Atuando em consonância com as suas responsabilidades, o componente estadual consegue publicar seus relatórios nos prazos previstos no Sisaud-SUS. Suas atividades são realizadas de forma direta, fortalecendo a não adesão nos municípios às atividades de auditoria para atuação integrada e em cooperação técnica na capacitação e apoio aos componentes municipais, como também realizar auditorias nos municípios que não os têm implantados (BRASIL, 2014; CARDOSO; ACIOLI; LUCENA, 2014).

Com isso, acaba também fragilizando sua estrutura e o alcance de resultados das ações estaduais, por necessitar assumir as responsabilidades nos municípios que demandam as atividades, utilizando os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para o seu desenvolvimento (DONABEDIAN, 2005).

Por fim, o gráfico 2 vem destacar os principais focos das auditorias encerradas e programadas pelo componente estadual. Quinze auditorias foram do tipo programada e tiveram como foco auditar a adequação na rede de execução dos recursos repassados a ações de urgência e emergência. Chama a atenção o elevado número de denúncias, já que 23 auditorias são realizadas por esse motivo.

Gráfico 2 – Distribuição do foco das auditorias em Pernambuco, 2014 a 2015



Fonte: elaboração dos autores com base em Sisaud-SUS (2016).

Com esse resultado, percebe-se o elevado número de auditorias demandadas por denúncias ao SNA por meio de Carta SUS, Ministério Público e Ouvidoria, reforçando a importância da auditoria como ferramenta de controle social. O componente estadual concentra suas atividades nas ações planejadas, internamente caracterizadas pelo elevado número de auditorias na rede, apenas complementando suas

atividades em acompanhamento às demandas externas (LIMA; ANGELO; DEMARCHI, 2013).

Estudos anteriores demonstraram que as constatações geradas pelas auditorias internas representam um alinhador na qualidade do acesso e prestação dos serviços de saúde se forem utilizadas como instrumento direcionador dos pontos que devem ser observados e melhorados de acordo com a necessidade de cada instituição (LIMA; ANGELO; DEMARCHI, 2013).

Conclusão

O estudo apresenta a auditoria como um instrumento dinâmico para ações de controle institucional, que deve ser constantemente aprimorado, principalmente em sua instância municipal. Ela também executa de forma planejada ações de controle interno, com o objetivo de promover a equidade do acesso, o fortalecimento do SUS e o cumprimento do dever constitucional de prestar contas à sociedade acerca dos recursos e bens públicos. Estabelece, ainda, um trabalho extremamente complexo pela gama de informação que o auditor cuidadosamente coleta e interpreta, subsidiado pela legislação, para o fortalecimento da gestão do SUS e seus resultados, na tentativa de evitar as inconformidades.

O componente municipal ainda necessita potencializar o seu processo de implantação, sendo necessário o aprofundamento de estudos de verificação desses estadiamentos, no que tange aos entraves da sua execução, do grau de estruturação e financiamento. É importante destacar que são escassos na literatura trabalhos que a analisam em sua interface com a qualidade, e o que tal junção representa.

Referências

ALMEIDA, C. W. L. Auditoria Operacional: conceito, proposta e crítica. *Revista do TCU*, Brasília, v. 123, p. 42-59, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://revista.tcu.gov.br/ojsp/index.php/RTCU/ issue/view/7/showToc>. Acesso em: 4 fev. 2018.

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 4 fev. 2018.

BRASIL. *Decreto n. 1.105, de 6 de abril de 1994*. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Brasília, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ decreto/1990-1994/d1105.htm>. Acesso em: 4 fev. 2018.

BRASIL. *Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995*. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ decreto/1995/D1651.htm>. Acesso em: 4 fev. 2018.

BRASIL. *Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 4 fev. 2018.

BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ ccivil_03/ leis/L8080.htm>. Acesso em: 4 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Normas de Auditoria*. Brasília, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_auditoria.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ParticipaSUS*: Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participasus_aprovado_2007.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. *Orientação*

para implantação de um componente do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sna_sistema_unico_saude_sus.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/livro.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.

CARDOSO, A. C. A.; ACIOLI, R. M. L.; LUCENA, J. M. O. B. Caracterização das auditorias realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco em 2013. *Revista de Administração em Saúde (RAS)*, São Paulo, v. 16, n. 65, p. 123-131, out./dez. 2014.

COSTA, J. I. F.; SANTOS, J.; TRAVASSOS, S. K. M. Análise de conformidade nos gastos públicos dos entes federativos: aplicação da lei de newcomb-benford para o primeiro e segundo dígitos dos gastos em dois estados brasileiros. *Revista Contabilidade & Finanças*, São Paulo, v. 23, n. 60, p. 187-198, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcf/v23n60/a04v23n60.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.

COSTA, M. S. et al. Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 4, p. 497-499, ago. 2004. Disponível em: <http://www. scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a24.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.

DONABEDIAN, A. Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. *Medical Care*, Philadelphia, v. 20, n. 10, p. 975-992, 1982.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In:

GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

GRATERON, I. R. G. Auditoria de gestão: utilização de indicadores de gestão no setor público. *Caderno de Estudos*, São Paulo, n. 21, p. 1-18, maio/ago.1999.Disponívelem:<http://www.scielo.br/pdf/cest/n21/n21a02.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.

LIMA, E. C.; ANGELO, M. L. B.; DEMARCHI, T. M. Auditoria de qualidade: melhoria dos processos em um hospital público. *Revista de Administração em Saúde (RAS)*, São Paulo, v. 15, n. 58, p. 13-18, jan./mar. 2013.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Auditoria em Saúde: justificativas de glosas no setor odontológico. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 112-116, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/133424>. Acesso em: 4 fev. 2018.

OVERDYK, F. J. et al. Remote video auditing with real-time feedback in an academic surgical suite improves safety and efficiency metrics: a cluster randomised study. *BMJ Quality & Safety*, London, v. 25, n. 12, p. 947-953, 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco (CEA/PE)*. Recife, 2014. Disponível em: <http://ead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/1994/mod_resource/content/4/caderno_de_auditoria_em_pe_panorama.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.

SANTOS, F. C. et al. Participação do fisioterapeuta na equipe multiprofissional de auditoria em saúde. *Revista de Administração em Saúde (RAS)*, São Paulo, v. 13, n. 51, p. 95-102, abr./jun. 2011.

SILVA, W. L.; ALMEIDA JÚNIOR, J. R. Auditoria contínua de dados como instrumento de automação do controle empresarial. *Journal of Information Systems and Technology Management*, São Paulo, v. 11, n. 2, p.

437-460, ago. 2014. Disponível em: <http:// www.scielo.br/pdf/jistm/v11n2/1807-1775-jistem-11-2-0437.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2018.

WILSON, I. G.; SMYE, M.; WALLACE, I. J. C. Meta-audit of laboratory ISO accreditation inspections: measuring the old emperor's clothes. *Microbiology Open*, Oxford, v. 5, n. 1, p. 95-105, 2016.

Título Novos modelos de gestão no SUS e as relações interinstitucionais de controle em foco
Organizadores Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Hélder Freire Pacheco
Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Francisco de Assis da Silva Santos

Revisão ortográfico-gramatical Araceli Pimentel Godinho

Capa e projeto gráfico Adele Pereira
Tipografias Noto Serif e Vista Sans

ISBN 978-65-5962-003-6