

## **Motivações para expansão de modelos de gestão não estatais no SUS: olhar dos gestores de municípios de pequeno porte**

Motivations for the expansion of non-state management models in the SUS: managers of small municipalities

Motivaciones para la expansión de modelos de gestión no estatais no SUS: la mitad de los recursos de los municipios de pequeño porte

Francisco de Assis da Silva Santos <sup>I</sup>, Heleno José Barbosa Neto <sup>II</sup>, Hélder Freire Pacheco <sup>III</sup>, Garibaldi Dantas Gurgel Júnior <sup>IV</sup>

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

<sup>II</sup> Residente em Saúde Coletiva, Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE, Recife- PE, helenojose@live.com

<sup>III</sup> Doutorando do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE, helder-pacheco@bol.com.br

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

---

### **RESUMO**

Este estudo buscou analisar os motivos que levaram os gestores de saúde a aderir à transferência da gestão dos serviços de saúde para as Organizações do Terceiro Setor (OTSs). Trata-se de uma pesquisa analítica, com abordagem qualitativa multimétodo, através de uma entrevista semiestruturada com gestores de saúde de sete municípios do estado de Pernambuco. Os fatores que motivaram os gestores foram: a lei de responsabilidade fiscal, a burocracia e a morosidade do sistema público na contratação e demissão de profissionais e a autonomia dada às OTSs. Apesar desses resultados, os gestores municipais não devem se isentar das responsabilidades na promoção de políticas públicas para o atendimento das necessidades da população. Assim como as transferências realizadas não podem ser apontadas como únicas soluções capazes de resolver os problemas gerenciais do SUS.

**Descritores:** *Gestão em saúde, Parcerias Público-Privadas, Saúde Pública, Organizações em Saúde, Gestor de Saúde.*

---

## **ABSTRACT**

This study sought to analyze the reasons that led health managers to adhere to the transfer of health services management to Third Sector Organizations (OTSs). This is an analytical research, with a multi-method qualitative approach, through a semi-structured interview with health managers from seven municipalities in the state of Pernambuco. The factors that motivated the managers were: the fiscal responsibility law, the bureaucracy and the slowness of the public system in the hiring and dismissal of professionals and the autonomy given to the OTSs. Despite these results, municipal managers should not exempt themselves from responsibilities in promoting public policies to meet the needs of the population. Just as the transfers made can not be pointed out as the only solutions capable of solving the managerial problems of SUS.

**Key words:** *Health Management, Public-Private Sector Partnerships, Public Health, Health Organizations, Health Manager.*

---

## **RESUMEN**

Este estudio buscó analizar los motivos que llevaron a los gestores de salud a adherirse a la transferencia de la gestión de los servicios de salud a las Organizaciones del Tercer Sector (OTS). Se trata de una investigación analítica, con abordaje cualitativo multiforme, a través de una entrevista semiestructurada con gestores de salud de siete municipios del estado de Pernambuco. Los factores que motivaron a los gestores fueron: la ley de responsabilidad fiscal, la burocracia y la morosidad del sistema público en la contratación y despido de profesionales y la autonomía dada a las OTS. A pesar de estos resultados, los gestores municipales no deben eximirse de las responsabilidades en la promoción de políticas públicas para atender las necesidades de la población. Así como las transferencias realizadas no pueden ser apuntadas como únicas soluciones capaces de resolver los problemas gerenciales del SUS.

**Descriptor:** Gestión de Salud, Asociaciones entre el Sector Público y el privado, Salud Pública, Organizaciones em Salud, Gestor de Salud.

---

## **Introdução**

A globalização econômica modificou a relação entre estado-sociedade-economia e incentivou a efetivação de novos arranjos administrativos baseados na *New Public Management* desde a década de 80, ganhando forma e conteúdo nas administrações de Thatcher, na Inglaterra, e Reagan, nos EUA (ABREU, 2010; LEITE, 2014). Na América Latina, este 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). Este novo modelo de gestão se caracteriza pela intervenção estatal nas políticas de saúde através da contratação de organizações privadas (OLIVEIRA, GODÓI-de-SOUSA, 2015).

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 totalmente assistencialista (IRMANDADE..., 2017).

No fim da década de 90, foi promulgada a Lei do Terceiro Setor, que criou as denominadas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – Oscip, e legalizou a parceria entre o poder público e o terceiro setor através de termos de parceria, além de permitir que a Oscip recebesse recursos para execução de projetos. Além disto, 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 (OTSs) a execução de políticas públicas, entre elas a 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 e se concentrasse na sua função reguladora. Ou seja, transferia para terceiros a execução da política de saúde e a gestão do trabalho no SUS, desresponsabilizando 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).

A agenda do terceiro setor foi inserida em Pernambuco em 2001, após o decreto nº 23.046/2001, que regulamentou a Lei 11.743/2001, qualificando as organizações sem fins lucrativos. Porém, o primeiro repasse da gestão de serviços de saúde para o terceiro setor

ocorreu somente em 2009, quando foi concretizado o primeiro contrato de gestão, que repassava a gestão do Hospital Miguel Arraes para as Organizações Sociais da Saúde – OSS's (PACHECO *et al.*, 2016).

Em Pernambuco, a agenda do terceiro setor se iniciou ainda em 1999, durante o Governo de Jarbas Vasconcelos, porém somente no Governo de Eduardo Campos, sob os preceitos de uma reforma gerencial, os serviços começaram a ser repassados para as OTSs (PACHECO *et al.*, 2016). Em 2009, visando maior agilidade e eficiência no gerenciamento dos hospitais metropolitanos e das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), foram celebrados contratos de gestão entre o Governo do Estado e as entidades privadas filantrópicas qualificadas como organizações sociais de saúde – OSSs (LEITE, 2014).

De acordo com o Relatório de Contas do Governo de Pernambuco - 2015, no Estado existem 17 Organizações Sociais – OSs, sendo que, destas, apenas oito são Organizações Sociais da Saúde – OSSs. Ressalta-se que as diferentes OSs possuem campos de atuação e objetivos distintos. Segundo dados da Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados de Pernambuco - Arpe, existem atualmente sete Oscips qualificadas em Pernambuco (PERNAMBUCO, 2015).

A expressão Terceiro Setor (TS) é derivada do inglês – *Third Sector* – e sua definição está sujeita a diversas interpretações, pois, assim como o primeiro setor (Estado), seu objetivo é gerar benefício social e, por se tratar de uma iniciativa privada, embora não governamental, é confundida também com o segundo setor (mercado) (RIBEIRO *et al.*, 2016). O terceiro setor é composto por organizações privadas sem fins lucrativos que geram bens, serviços públicos e privados, com o objetivo de promover o desenvolvimento político, econômico, social e cultural, em seu território de atuação (IANNI *et al.*, 2015).

Neste contexto, o estudo inclui o debate sobre a transferência da gestão dos serviços de saúde para as OTSs. Entender 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, pode contribuir para uma democratização do Estado e para uma maior lucidez política das instituições que atuam no Terceiro Setor (BARBOSA, 2013). A complexidade das relações de causa e efeito pertinentes aos processos organizacionais e interorganizacionais do setor público justificaria o permanente esforço de acompanhamento, interpretação e avaliação dos novos modelos gerenciais no SUS. O objetivo desta pesquisa é analisar os motivos que levaram os gestores de saúde de municípios de pequeno e médio porte do estado de Pernambuco que possuíam mais vínculos

intermediados por OTSs, a aderir aos novos modelos de gestão através da execução de serviços e ações por meio das OTSs.

## **Métodos**

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 teóricas (GOMES, MARTM, SILVEIRA, 2014). Gerring e Thomas (2011) esclarecem que durante a abordagem multimétodo, os métodos qualitativos e quantitativos não são vistos em oposição, ou pensados como uma questão de números *versus* palavras, ou ainda, um debate sobre o que pode ou não ser quantificado, mas, sim, a partir da produção de diferentes níveis e tipos de explicação, enfocando diferenças em termos de quão precisas, explícitas e amplas podem ser as comparações e as explicações.

Foram inclusos no estudo os gestores de municípios de pequeno e médio porte que, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) tinham o maior número de vínculos intermediados por OTS, e que ocuparam cargos no período da implantação e operacionalização das OTSs em seus municípios, participando, efetivamente, desse processo, e ainda 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 estes modelos estão mais estabelecidos (PERNAMBUCO, 2011). Foram utilizados como critérios de exclusão a inobservância dos critérios de inclusão mencionados.

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 organizações do terceiro setor (OTSs), instituições formais não pertencentes ao governo e sem fins lucrativos. São exemplos de OTSs: fundações privadas, ONGs (Organizações não-governamentais), OSS (Organização Social da Saúde), OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), associações, entre outras.

Para o estudo do conteúdo do material coletado foi utilizado a análise de condensação de significados de Kvale (1996). Desta forma, após a aquisição 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.

Este estudo faz parte da pesquisa intitulada: **Redes Assistenciais Integradas Sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional do SUS (REDE SUS)**. A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando-se a integridade física e moral dos participantes. Para o sigilo das informações, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães e registrada sob o CAEE: 45790315.8.0000.5241.

## **Resultados e Discussão**

No intuito de tornar os resultados mais compreensíveis e facilitar o detalhamento de cada questão, foram determinados quatro temas. Os temas trabalhados foram definidos antes da realização das entrevistas, pois foram utilizados durante a construção das perguntas norteadoras. Foram abordados os seguintes temas: **motivação para a adoção dos novos modelos de gestão; critérios de escolha dos serviços repassados ao terceiro setor; influências externas; processo de contratualização, parâmetros de acompanhamento, avaliação e impactos da atividade das Organizações do Terceiro Setor.**

### ***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 OTSs começou a ser estruturado, diante das premissas de que era necessária a construção de um novo modelo de gestão que obedecesse aos preceitos da organização gerencial, da democratização das relações com os servidores públicos e do sistema de regulação das funções estatais. E apenas em 2009 se inicia a transferência da gestão de novas unidades hospitalares ao terceiro setor (MELO, 2012).

Nos municípios entrevistados, a transferência da administração direta para as OTSs 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 o limite máximo de 54% da receita corrente líquida 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 sanções 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 contrarreforma do Estado. Isto porque o principal objetivo da LRF é controlar as contas públicas através do controle das despesas com o funcionalismo público, o que acabou inibindo a realização de concursos públicos e incentivou a terceirização, já que os custos com subcontratação de empresas (incluindo as organizações sociais), contratações temporárias, emergenciais e de comissionados não são computadas 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, onde 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 OTSs (BRASIL, 1995).

Um outro ponto que influenciou esta 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 analisar a influência dos novos modelos de gestão no trabalho dos agentes comunitários de saúde (Acs’s) 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 representantes de municípios que compõem, respectivamente, a I<sup>a</sup>, V<sup>a</sup>, IX<sup>a</sup>, IV<sup>a</sup> e VI<sup>a</sup> Regiões de Saúde, 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 que foi relatado por Barbosa e Elias (2010), que descreveram que o nível de autonomia administrativa e financeira concedido às OSSs, tanto para aquisição de bens como para contratação de recursos humanos, permite que sejam feitos arranjos institucionais. No entanto, o entrevistado 4 (E4), representante da V<sup>a</sup> Região de Saúde (E4), ainda 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 OSSs 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 lógicas do mercado mascarados de modelos gerenciais modernos e eficientes, que se manifestam como soluções milagrosas para os problemas financeiros e gerenciais do SUS. Isso contrasta com a opinião de um dos entrevistados acerca do assunto, como podemos ver no seguinte trecho da entrevista:

*[...] 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 pré-estabelecidas, sem que existam normas reguladoras de desempenho, admissão e demissão, o que acaba por fragilizar o vínculo destes trabalhadores com os serviços e a continuidade da política de saúde.

As OTSs, 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 estar 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 em contrato de gestão (COSTA, MARQUES, BORGES, 2010; VOLPATO, MENEGHIM, HEBLING, 2016). Todas estas liberdades gerenciais contrariam os princípios da administração pública de impessoalidade, moralidade e eficiência, que levam a sugerir até a inconstitucionalidade destas organizações (GLATZL, 2013).

*[...] 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 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 - UBSs administradas por Organizações Sociais e por administração direta, concluíram que, embora as UBSs gerenciadas por OSSs tenham maior autonomia administrativa e financeira, não obtiveram melhores resultados no acesso, quando comparadas às unidades de gestão direta. Basu *et al.* (2012), ao comparar 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.

Embora os gestores destaquem tais dificuldades, que os levam a optar por arranjos do terceiro setor, por outro lado esta preferência pode estar atrelada a aspectos relacionados com a desresponsabilização sobre a execução do cuidado à população. É mais fácil, para o gestor, repassar a gestão dos serviços para a 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).

### ***Crítérios de escolha dos serviços repassados ao terceiro setor***

Os municípios entrevistados, em sua maioria, utilizaram o terceiro setor como uma forma de terceirizar a mão-de-obra, sob os mais diversos motivos. Um dos entrevistados explica, no trecho abaixo, que optou pela aderência ao terceiro setor através do Consórcio Público Intermunicipal, em que o próprio consórcio foi responsável pelo processo seletivo para contratação da OSS, e a organização social ficou responsável pela contratação dos profissionais.

*[...]o CONIAPE (?) 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 nível médio, superior, inclusive motoristas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, psicólogos e fisioterapeutas. Assim como acontece no município representado pelo entrevistado E1:

*[...] E isso (tipo de vínculo) acontece em todos os níveis, da atenção básica (AB) até a atenção hospitalar.* (E1)

O representante da VIª Região de Saúde, 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 alta complexidade. Os entrevistados E4, E6 e E7 assim como o entrevistado E3, também 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 de profissionais médicos. Porém, o entrevistado E4 ressalta que, atualmente, apenas os profissionais médicos do serviço hospitalar são contratados por esta via, e explica que esta 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. (E4)*

*[...]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, buscou um fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, que até então era de competência quase que exclusiva do Estado. Ao programa competia o 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 Araripe.

### ***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 nº11.107\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 unidades de pronto atendimento – UPAs para gestão intermediada por OSs (PACHECO *et al.*, 2016). Neste contexto, os entrevistados, relataram que suas decisões foram diretamente influenciadas pelas decisões 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 consórcios intermunicipais propiciam o aumento da efetividade dos governos municipais, pois possibilitam a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde e contribuem para a eficiência na utilização dos recursos públicos, já que possibilitam o compartilhamento de recursos escassos, além de tornar possível 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 nenhuma influência da Comissão Intergestores Regional (CIR), embora tenha havido uma pequena discussão sobre o assunto em uma das reuniões. Destacou ainda 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 de manutenção do protagonismo municipal e, simultaneamente, de fortalecimento das relações de interdependência e corresponsabilidade sanitária entre os entes estadual e municipais, surgem as CIRs (SILVEIRA FILHO et al.,2016). As CIRs são instâncias deliberativas, compostas por representantes do Estado e por todos os secretários municipais de saúde de um determinado território (região de saúde), que tem 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 integrado, a integralidade de ações e serviços numa região de saúde.

Desta forma, fica claro que existe um desarranjo entre as decisões tomadas nos consórcios em relação àquelas tomadas nas comissões intergestores regionais. Pois, embora ambas as estruturas apresentem, no contexto geral, atribuições semelhantes, percebeu-se nesta pesquisa que, em algumas regiões de saúde, estas duas estruturas trabalham de forma isolada.

O entrevistado E2 diz que a decisão pela adesão ao novo modelo de gestão foi do prefeito que, no momento da adesão, 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 consorcio, que esclareceu quanto a legalidade do processo.*

*E aí alguns municípios aderiram, outros não. (E5)*

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

*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 está bancando consulta particular para todo mundo e também não tinha como deixar essa população à mercê. (E5)*

*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 OSSs, através do consórcio, franqueando com outros municípios, eu poderia oferecer esse serviço de forma mais barata. (E5)*

***Processo de contratualização, parâmetros de acompanhamento, avaliação e impactos da atividade das Organizações do Terceiro Setor.***

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) e a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001-2003) defendem que o processo de contratualização é uma ferramenta capaz de contribuir para a reversão da lógica de alocação de recursos centrada nas necessidades dos serviços para uma mais adequada distribuição 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. Saúde (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 organização do cuidado, visto 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 (E2).*

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 desta OSS são feitos através da carga horária prestada

pelos profissionais intermediados por ela. Um dos entrevistados explica como foi realizada a contratualização em seu município:

*A contratação foi feita via consorcio [...], são contratos públicos e essa contratualização foi feita encima da demanda reprimida que a gente tinha e sob os parâmetros são exigidos por lei, em todo contrato. Também existe uma clausula 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, ele explica:

*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. (E6)*

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 este processo no trecho a seguir:

*A avaliação seguia um fluxo, onde era apresentada 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. (E7)*

Um outro aspecto que deveria ser considerado durante o processo de contratualização entre Estado e terceiro setor, que não foi citado por nenhum dos entrevistados, é a diferenciação entre a função de regulação e a da gestão das atividades finalísticas, para evitar confusão entre os interesses do contratante e tornando possível a realização de um juízo de valor isento do desempenho das parcerias (MEDICE, 2011).

Diante destes fatos, é possível perceber quão frágeis são estas parcerias, já que muitas vezes os municípios não têm capacidade nem conhecimentos suficientes para construir contratos que sejam monitorados e avaliados adequadamente. Desta forma, acabam sendo prejudicados financeiramente e em cuidados à saúde da população, pelo setor privado, durante estas parcerias. Visto que 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 desta OSS nos municípios 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 3º 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 destes relatórios, quando necessárias eram convocadas reuniões entre os coordenadores, para discussão de problemas e apresentação dos nós críticos. Em seguida, esses dados subsidiavam reuniões para discussão do problema com a equipe envolvida, para que, junto com a coordenação, pudessem planejar ações para a solução destes problemas. Porém, o entrevistado E7 ressalta que o modelo tinha alto custo e, por este motivo, preferiu rescindir o contrato com a organização.

Este 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. Esta plataforma foi criada para atender aos diversos cenários de informatização e conectividade nos serviços de saúde no âmbito do SUS. Este sistema 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).

## **Conclusões**

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

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 organizações sociais, realizadas no estado de Pernambuco, também foram apontadas como influenciadoras na decisão dos entes municipais.

Apesar desses resultados, importante ressaltar que os gestores municipais não devem se isentar das responsabilidades na promoção de políticas públicas para o atendimento das necessidades da população. Assim como 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 OTSs, 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 America**, 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 Civil: 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 Editora, 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 Middle-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>

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

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

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](http://dab.saude.gov.br/portaldab/o_que_e_esus_ab.php) Acesso em: 3 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>

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. Disponível em: [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/relatorio\\_fase1\\_vf.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/relatorio_fase1_vf.pdf)

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, Disponível em: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. L. M.; KRONENBERGER, 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010001200006>

GERRING, J.; THOMAS, C. Quantitative and qualitative: a question of comparability. *International Encyclopedia of Political Science*, 2011. Disponível em: [http://blogs.bu.edu/jgerring/files/2013/06/QUANTITATIVEANDQUALITATIVE\\_Extended.pdf](http://blogs.bu.edu/jgerring/files/2013/06/QUANTITATIVEANDQUALITATIVE_Extended.pdf)

GLATZL, R. A inconstitucionalidade da dispensa pública em organizações sociais. *Boletim Jurídico*, v. 2, p. 9521–9539, 2013. Disponível em: <http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=2739>

GOMES, M.H. de A.; MARTIN, D.; SILVEIRA, C. Comentários pertinentes sobre usos de metodologias qualitativas em saúde coletiva. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 18, n.50, p. 392–393, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0271>

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. Disponível em: <https://doi.org/10.24325/issn.2446-5763.v3i7196-205>

IANNI, A.M.Z.; CRISTIANE, S.; BARBOZA, R.; ALVES, O.S.F.; VIANA, S.D.L.; ROCHA, A.T. Os congressos brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco: um campo científico em disputa. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 503–513, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.03032014>

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. **História**. Disponível em: <http://santacasadesantos.org.br/Home/f?idNoticia=2566&idForm=0&slug=história> Acesso em: 29 agos. 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. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2014leite-amgn.pdf>

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400017>

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. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&amp%5Cnpid=S1413-81232013001400018](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp%5Cnpid=S1413-81232013001400018)

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015914>

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, Brasil. 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. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0863>

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000027>

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.

PACHECO, H.F.; GURGEL JÚNIOR, 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(58), p.585-595, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0338>

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>

\_\_\_\_\_. **Relatórios de Contas do Governo**. Recife, 2015.

RIBEIRO, A.R.B.; SILVA, F.F. da; SANTOS, J.K.R. de S.; FERNANDES, L.M.A.; MEIRELES, Y.S. Panorama da gestão de pessoas no terceiro setor: um estudo sobre uma organização não governamental pernambucana. *Veredas Revista Eletrônica de Ciências*, v.

9, p. 159–174, 2016.

SAÚDE, Rede Interagencial de Informação para a. Indicadores básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e aplicações. 2. ed ed. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2008. 349 p. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.23912015>

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300008>

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. Disponível em: <https://doi.org/10.18673/gs.v7i2.22057>

VAZ, J. C. *Consórcios intermunicipais* (nº 97). São Paulo: **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. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15140/10721>

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, v. 21, n.3, p.349–356, set./dez. Passo Fundo, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strengthening health systems in developing countries. Genebra, 2001–2003. Disponível em: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA54/ea54r13.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r13.pdf)

---

Conflict of interest: none

Financial source: none

**Correspondência**

Francisco de Assis da Silva Santos

Rua Avenida da República, 685, Divinópolis

80730-150, Caruaru, Pernambuco, Brasil

Telefone: (55 81) 3240-5488

[francisco.santos@hotmail.com](mailto:francisco.santos@hotmail.com)

---