



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE COM
ÊNFASE EM TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

ABDON DE OLIVEIRA BRITO

**CONTRATOS DE GESTÃO NOS HOSPITAIS SOB GESTÃO
INDIRETA NA BAHIA: UMA PROPOSTA DE INDICADORES DE
SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA GESTÃO DO TRABALHO**

ABDON DE OLIVEIRA BRITO

**CONTRATOS DE GESTÃO NOS HOSPITAIS SOB GESTÃO
INDIRETA NA BAHIA: UMA PROPOSTA DE INDICADORES DE
SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA GESTÃO DO TRABALHO**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte da qualificação no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com área de concentração em gestão de sistemas de saúde, com ênfase em trabalho e educação em saúde

Professora Orientadora: Prof. Dr^a Isabela Cardoso de Matos Pinto

Salvador, Bahia

2022

Ficha Catalográfica

Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

B862c Brito, Abdon de Oliveira.

Contratos de gestão nos hospitais sob gestão indireta na Bahia: uma proposta de indicadores de saúde sob a perspectiva da gestão do trabalho / Abdon de Oliveira Brito. -

Salvador: A.O. Brito, 2022.

59 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Organizações Sociais em Saúde. 2. Contrato de Gestão. 3. Reforma

Administrativa. 4. Gestão do Trabalho. I. Título.

CDU 614.2



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Abdon de Oliveira Brito

CONTRATOS DE GESTÃO NOS HOSPITAIS SOB GESTÃO INDIRETA NA BAHIA: Uma Proposta de Indicadores de Saúde Sob a Perspectiva da Gestão do Trabalho.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 29 de março de 2022

Banca Examinadora:

Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA

Profa. Kátia Rejane de Medeiros –UFPE

Prof. Thadeu Borges Souza Santos – UNEB

Profa. Catharina Leite Matos Soares – ISC/UFBA

Salvador
2022

Aos meus pais, João Raymundo Souza Brito
(*in memoriam*) e Estevania Brito, que através dos
ensinamentos e amor mostrou-me o valor da educação e
dignidade.

Às minhas irmãs, Ana Lídia e Lívia por todo amor,
suporte e companheirismo destinado a mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as bênçãos depositadas em minha vida. Seu cuidado, o dom da vida, a misericórdia e sabedoria me conduzem em minhas escolhas, caminhos e projetos pessoais.

Aos meus pais, Estevania Brito e João Raymundo Brito (*in memoriam*), que com todos os esforços me propiciaram estudo, educação, conhecimento e dignidade. A meu pai, que partiu para outra margem neste ano, gerando uma lacuna importante em mim e um redirecionamento em minha vida. Sua partida fez esse título de Mestre ter mais sentido e vitória. Essa conquista é nossa!

As minhas irmãs Ana Lúcia e Lívia, por todo companheirismo, respeito e cumplicidade que a vida de irmãos propicia. Obrigado por todo cuidado e paciência nessa jornada que foi esse ano.

A minha família, tios e tias, que vibram com cada conquista pessoal minha, celebrando, torcendo e viabilizando amor, torcida e cumplicidade.

Aos meus amigos pessoais, do trabalho, colegas do mestrado pela jornada enfrentada juntos. Amigos são aquela família por escolha, amenizando e tornando as batalhas da vida mais fáceis e leves. Meu muito obrigado por toda compreensão em um período de muitas tribulações num período pandêmico, morte do meu pai e múltiplos vínculos assistenciais.

A Diretoria de Gestão dos Serviços de Saúde e a Coordenação de Monitoramento da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, na figura de Júlio Jorge Musse e Leillane Oliveira que possibilitaram o avanço dessa pesquisa oportunizando acesso aos contratos de gestão do Estado e viabilidade na conclusão do meu trabalho.

A minha orientadora Isabela Pinto, por toda paciência, diálogo, confiança e compreensão neste trabalho que fizeram total diferença na conclusão desta etapa, me trazendo alívio e maior força para continuar, dentro de um cenário bastante desfavorável. O dom do ensino e orientação é para poucos, e você possui.

A minha Banca de defesa, composta pelos professores Catharina Matos e Thadeu Borges pelas contribuições, orientações e pontuações na escrita deste trabalho.

Aos trabalhadores e profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde, que operacionalizam a Política Pública de Saúde diariamente, mesmo diante dos desmontes, barreiras e desafios cotidianos.

BRITO, Abdon de Oliveira. **Contratos de Gestão nos Hospitais sob Gestão Indireta na Bahia: Uma proposta de Indicadores de Saúde sob a Perspectiva da Gestão do Trabalho-2022, 59 f. Dissertação** (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

RESUMO

A reestruturação administrativa do Brasil, através da Reforma do Aparelho do Estado possibilitou a abertura de novas formas de gestão, sobretudo no campo da saúde, corroborando e legitimando o surgimento de Organizações Sociais de Saúde (OSS) para gerir serviços básicos, antes de competência estatal. O gerenciamento de serviços de saúde pelo Terceiro Setor tem sido justificada pela necessidade de elementos centrais como a garantia de eficiência, eficácia, menor custo e maior dinâmica administrativa e financeira dos recursos para os gestores públicos, tornando o estado como papel regulador e fiscalizador da prestação de serviços. Para garantir a oferta dos serviços de saúde através de uma OSS, é necessário estabelecer um Contrato de Gestão, entendido como um instrumento de compromisso administrativo entre o poder público e a entidade qualificada como organização social. O objetivo deste estudo foi analisar sete contratos de gestão de Hospitais públicos do estado da Bahia, geridos por OSS, a fim de propor indicadores de avaliação, sob a perspectiva da gestão do trabalho. Os resultados deste trabalho revelaram que a maioria dos indicadores eram voltados para produção e quantidade de procedimentos clínicos e metas de qualidade na qual não contemplava o trabalhador. Apesar dos contratos avaliados apresentarem em seu conteúdo aspectos voltados à gestão do trabalho, raramente as metas contratuais contemplavam esse aspecto. Desse modo, é imprescindível fortalecer o monitoramento e avaliação como uma ferramenta de gestão, que tem demonstrado importância no processo de qualificação na fiscalização desses contratos, tendo em vista que a modalidade por OSS tem sido uma tendência mundial, nacional e estadual na gestão de serviços de saúde.

Palavras-Chave: Organizações Sociais em Saúde. Contrato de Gestão. Reforma Administrativa. Gestão do Trabalho

BRITO, Abdon de Oliveira. **Management Contract in the Hospitals managed by Social Organizations in Bahia State: A proposal for health indicators by management work perspective.** 2022, 59 f. Thesis (Professional Masters in Public Health). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

ABSTRACT

The Brazilian administrative restructuring throughout the Reform of the Brazilian State apparatus resulted in new ways of management, mainly in the health field. It contributed and legitimized the Social Organizations to manage basic services, previously executed by State. The management of the health services by Third Sector is justified by important elements such as efficiency, efficacy, low cost and a better administrative and financial dynamic of the resources for the public managers. As a result, the role of the State would be regulator and supervisory of the health services provided. It is necessary to establish a management contract that is a public administrative commitment instrument between the State and the social organization. This paper aimed to analyze seven management contracts of hospitals managed by social organizations in Bahia in order to contribute with news health indicators by management work perspective. The results revealed that, in the contract, most of the health indicators were quantitative, clinical procedures, numbers of clinical appointments. The health management and health workers were not approached. It is important to strengthen the monitoring and evaluation as management tools, because social organizations have been an international and national trend.

Key Words: Health Social Organization. Management Contract. Administrative Reform. Work Management

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 01- Quadro sinóptico dos Contratos Avaliados de Hospitais geridos por OSS	35
Quadro 02- principais aspectos apresentados nos contratos relacionados com a gestão do trabalho	41
Quadro 03- Metas e Indicadores correlacionados com a gestão do trabalho que se apresentaram nos contratos avaliados	43
Quadro 04- Matriz de Indicadores de Gestão do Trabalho Propostos aos Contratos de Gestão	48

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

CES	Conselho Estadual de Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
OSS	Organizações Sociais em Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
RHS	Recursos Humanos na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCEP	Termo de Cooperação Entre Entes Públicos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1. Reforma do Estado Brasileiro e os Modelos de Gestão no Sistema Único de Saúde.....	15
2.2. As Organizações Sociais	18
2.3. Organizações Sociais nos Serviços de Saúde e suas Repercussões no Trabalho no âmbito do SUS.....	22
2.4. Gestão do Trabalho em Saúde no SUS.....	28
3. METODOLOGIA.	31
3.1. Desenho do estudo.....	31
3.2. Lócus do estudo.....	31
3.2.1. Plano de Produção de Dados.....	32
3.3. Plano de tratamento e análise dos dados.....	32
3.4. Aspectos éticos da pesquisa.....	33
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
4.1. Caracterização dos Contratos de Gestão.....	34
4.2. Lacunas identificadas e investimentos necessários aos Contratos de Gestão no aperfeiçoamento dos Indicadores de Gestão do Trabalho.....	46
4.3. A importância do Monitoramento dos Contratos de Gestão para a qualidade dos serviços prestados à população.....	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	53

1. INTRODUÇÃO

As unidades hospitalares, que fazem parte da média e alta complexidade da atenção à saúde, possuem um relevante papel no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil. Uma das evidências do fato é o alto volume de recursos concentrados e direcionados a esse nível de atenção. Tal afirmação é ratificada por Braga Neto (2010) apontando que os hospitais ainda permanecem sendo espaços privilegiados na alocação de recursos financeiros, materiais e humanos corroborando para que o nosso sistema de saúde ainda possua um caráter hospitalocêntrico, apesar de todas as iniciativas e estratégias adotadas nos últimos anos para o redirecionamento do modelo de atenção no Brasil.

Portanto, os hospitais constituem pontos de atenção junto ao SUS e são definidos a partir da área geográfica e epidemiológica da população de determinada região de referência, possibilitando o acesso regulado e atendendo conforme demanda (BRASIL, 2013; HOLZ, et al, 2016). Além disso, constituem-se, ainda, como espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a rede de atenção à saúde. Para Silva (2019) por mais que se construa um sistema forte de atenção domiciliar e ambulatorial, sempre existirão as condições que exigem atenção hospitalar.

No que tange a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) a mesma permanece sendo uma das principais políticas no âmbito do SUS. Os principais pontos elencados pela PNHOSP são a conceituação do hospital como unidades complexas dentro de uma rede de atenção que atenda demandas demográficas assistenciais e epidemiológicas. Suas diretrizes atendem aos (1) princípios da universalidade, equidade, integralidade e controle social, (2) regionalização da atenção e continuidade da atenção por meio da articulação regulada com os outros serviços, (3) modelo de atenção centrado no cuidado humanizado e interdisciplinar, (4) financiamento tripartite conforme pactuação e (5) monitoramento, avaliação, transparência e eficiência na aplicação dos recursos (BRASIL, 2013; SANTOS, PINTO, 2016)

Dessa forma, o gerenciamento das unidades hospitalares torna-se um grande desafio para os gestores, sobretudo aqueles do âmbito estadual e federal, devido ao grau de complexidade dessa organização onde há a necessidade constante de articulação política, busca por recursos, equilíbrio fiscal a fim de atender as demandas gerenciais, epidemiológicas, assistenciais que emergem dos municípios e regiões desses estabelecimentos, sobretudo em lugares com baixo grau de desenvolvimento e economia de escala.

Não por acaso, na implementação da reforma do estado, no campo da saúde os hospitais foram uma das primeiras unidades de saúde a experimentarem modelos alternativos de gestão. De fato, o discurso da ineficiência da Gestão Pública e o argumento da rigidez das regras estabelecidas para o Estado, que não mais suportava o peso do excesso da demanda que lhe era dirigida por todos os setores do governo e da sociedade, desencadeou um conjunto de mudanças.

Desse modo, a discussão do papel do Estado e a necessidade de reforma dos seus modelos de gestão pública entra no cerne do debate na década de 90, tanto devido a necessidade de ajuste fiscal nas contas públicas, quanto a necessidade de nova performance na administração pública e valores do Estado, como a eficiência e qualidade na gestão, sobretudo no campo da Saúde, vertentes provenientes de um movimento gerencialista mundial, advindo da Europa e permeando a América Latina.

Tal constatação é reafirmada por Capobianco e outros (2013) e Bresser-Pereira (1996) na qual nos traz que a Nova Gestão Pública também advem da crise econômica mundial dos anos 1970 e 1980 que provocou recessão, crise fiscal do Estado, déficits da maioria dos governos e crise de governabilidade. Tal contexto foi relevante na América Latina permitindo os Estados a adotarem a eficiência como princípio administrativo.

No Brasil, as ideias neoliberais ganharam força e ascensão no governo de Fernando Collor de Mello, em 1990, e começam a ser implementadas em 1995, no governo Fernando Henrique Cardoso, com a reforma do aparelho do Estado brasileiro (BARBOSA, 2008; BRESSER- - PEREIRA, 2000; Melo, et al, 2009).

Nesse contexto brasileiro, em meados dos anos 1990, um conjunto de mudanças foram propostas no intuito de diminuir a responsabilidade do Estado na execução direta de serviços e tornar mais explícito o seu papel de promotor e regulador, conforme consta no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2002). Visava deste modo, a formulação e implementação de métodos de gestão moderna no Estado brasileiro, com a transferência de atividades não-exclusivas do Estado para organizações públicas não-estatais – publicização (LEITE, 2019).

No campo da saúde, uma das questões centrais diz respeito à implantação de novas formas de gestão e provisão dos serviços públicos. O PDRAE defendia a “estratégia de transição para uma administração pública gerencial (...) ainda na dimensão institucional-legal, a elaboração (...) de projeto de lei que permita a “publicização” dos serviços não-exclusivos do Estado, ou seja, sua transferência do setor estatal para o público não-estatal (BRASIL, 1995). A publicização foi um mecanismo estratégico da reforma, dada a sua capacidade de enxugar as

atividades desenvolvidas pelo Estado.

Para Muschell (1995), tais organizações podem se configurar como privatização já que atores não governamentais se tornam envolvidos no financiamento e/ou na provisão de serviços de saúde. O mesmo aborda o processo de “privatização ativa”, este no qual um governo desenvolve políticas que estimulam a participação privada no setor de saúde.

Importante ressaltar que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (Lei Complementar nº 101, de 04/05/2000) tem sido mais um importante incentivo para estados e prefeituras adotarem o modelo de OSS, ao limitar as despesas com recursos humanos a 50% da receita corrente líquida para a União e a 60% para estados e municípios. Ela é um mecanismo importante para sustentar ajustes fiscais recessivos e, portanto, afeta diretamente a execução das políticas sociais.

Nos últimos anos com a expansão das mais diversas modalidades de gestão no SUS e suas peculiaridades, principalmente em relação às unidades de média e alta complexidade, um dos maiores desafios para os gestores da saúde é a regulação dos contratos de gestão que formalizam a relação as Secretarias de Estado e as diferentes modalidades jurídicas contratadas para gerenciar os hospitais.

Na revisão da literatura realizada alguns estudos (COELHO; GREVE, 2018; REIS; COELHO 2018) sobre contratos de gestão destacam a importância desse instrumento como mecanismo de formalização das metas pactuadas entre contratante e contratado. Entretanto, poucos contratos definem mecanismos para monitorar as questões relativas a gestão do trabalho e educação permanente dos trabalhadores de saúde geridos pelas empresas que fazem administração das unidades hospitalares.

No Brasil, e especialmente na Bahia, há vários modelos de contratação para prestação de serviços públicos sendo estes praticados, muitas vezes, de forma simultânea. Há contratos de gestão em hospitais e centros de saúde públicos geridos por OSSs; convênios com OSSs para fornecimento de profissionais de saúde; como, ainda, contratos com autarquias ou fundações públicas.

De acordo com Santos et al (2018) que realizaram uma análise dos contratos dos hospitais sob gestão indireta do estado da Bahia, verificou-se que apesar da modalidade OSS está sendo mais adotada nas gestões hospitalares, os autores trazem a afirmação de que a rede própria hospitalar do SUS no estado da Bahia tem como uma das suas principais características a multiplicidade de naturezas administrativas e, conseqüentemente, com fomento à gestão pública contratualizada, pois adota TCEP (Termo de Cooperação entre Entes Públicos), contrato de gestão e contrato de concessão.

Dessa forma, com a expansão das Organizações Sociais no SUS da Bahia, há a necessidade de não apenas contratualizar ações e serviços de saúde, mas qualificar o processo de monitoramento desses contratos.

Sabe-se que os contratos de gestão podem possibilitar maior transparência nas relações entre gestores e prestadores estatais, e podem ampliar a eficácia na prestação de serviços públicos. Observa-se nos contratos (COELHO; GREVE, 2016), lacunas e grandes fragilidades no que tange a atender as necessidades epidemiológicas de uma região de saúde, pouquíssimas ações voltadas para o trabalhador e limitações dos contratos no monitoramento de indicadores de processo.

Dentre os estudos identificados (OLIVEIRA; FLEURY, 2015; TRAVAGIN, 2017) verifica-se a preocupação em relação a lacuna existente para a dimensão do Monitoramento e Avaliação interno dos contratos de gestão, enquanto ferramenta essencial para ações de planejamento, capaz de subsidiar mudanças na gestão do trabalho para qualificar processos e possibilitar melhorias na oferta de serviços de saúde, assegurando a continuidade e qualidade dos serviços contratualizados/disponibilizados.

Considerando que a rede hospitalar pública da Bahia tem se caracterizado pela diversidade dos modelos de gestão que vem sendo adotados no gerenciamento dos hospitais públicos, coloca-se como desafio para o gestor público o monitoramento da relação contratual com a rede complementar contratada, inclusive no que diz respeito aos aspectos relacionados com a gestão dos trabalhadores da saúde cuja contratação está prevista nos contratos de gestão.

Nesse sentido, coloca-se como foco desse estudo os aspectos ligados a gestão do trabalho nos contratos vigentes entre o Estado da Bahia e os hospitais gerenciados por Organizações Sociais. Portanto, a questão norteadora do estudo é: Os contratos de gestão firmados entre a secretaria da saúde do estado da Bahia e as Organizações Sociais em Saúde, contemplam os aspectos vinculados à gestão do trabalho e da educação permanente em saúde?

Para responder à questão central deste estudo definiu-se os objetivos que seguem

Objetivo Geral:

Analisar os contratos de gestão firmados entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e as Organizações Sociais responsáveis pela gestão dos hospitais públicos nos aspectos da gestão do trabalho em saúde.

Objetivos Específicos:

- Identificar os elementos contemplados nos contratos dos hospitais sob gestão indireta no estado da Bahia
- identificar a dimensão gestão do trabalho nos contratos de gestão estabelecidos entre a SESAB e os hospitais sob gestão indireta na Bahia
- Caracterizar os indicadores e metas vigentes nos contratos de gestão dos hospitais sob gestão indireta no estado da Bahia
- Identificar indicadores e metas com ênfase na gestão do trabalho, nos contratos dos hospitais sob gestão indireta no estado da Bahia

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Reforma do Estado Brasileiro e os Modelos de Gestão no Sistema Único de Saúde

A história do Brasil é marcada por diversos processos de reformas, assim, o país sempre possuiu uma relação entre o público e o privado em seus mais diversos setores, inclusive na saúde. A constituição de 88 garante que as instituições privadas possam participar de forma complementar no SUS e o poder público pode exercer sua regulamentação, fiscalização e controle de forma direta ou através de terceiros, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1990).

Uma das reformas que teve grande relevância na redefinição do papel do Estado na década de 90 foi a denominada Reforma Gerencial do Estado Brasileiro. Estimuladas pelo movimento internacional de Reforma do Estado, proliferaram no país, diversas experiências na área da administração pública. A reforma implicava em adaptar e transferir os conhecimentos gerenciais desenvolvidos no setor privado para estimular uma “nova performance” no setor público. O gerencialismo defendia o tratamento dos serviços públicos como negócio e a inserção da lógica empresarial no setor público (DUARTE, et al, 2020; RIBEIRO, et al, 2013).

Logo no início do primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, 1995, iniciou-se o processo de Reforma Gerencial do Aparelho do Estado, elaborada pelo ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, à frente do Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare). Para Melo e colaboradores (2009) tal reforma buscava responder às demandas da globalização da economia e enfrentar a crise do Estado, sobretudo recuperar a poupança pública e superar o déficit fiscal, além de propor uma redefinição dos modelos de intervenção nas áreas econômica e social, além de implantar uma nova forma de gestão para superar os obstáculos advindos da administração burocrática

Havia necessidade de modernizar a administração do setor público a fim de conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos. (IBANEZ; VECINA NETO,2007; SANTOS, et al, 2018). Para Travagin (2017) a Reforma Gerencial do Estado de 1995, que inaugurou as Organizações Sociais (OS) no Brasil segue consolidando o processo internacional de desmonte dos grandes sistemas de proteção social, no qual as recomendações do Banco

Mundial tiveram influência expressiva. Desse modo, para a autora o setor privado, fruto do longo histórico privatista da assistência à saúde no Brasil, abraçou a onda neoliberal 'importada' em 1990.

O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), ainda no primeiro governo FHC (1995-2002) propõe no período e inicia esse processo de implantação de novas formas de gestão e provisão dos serviços públicos com objetivo de realizar a substituição paulatina e constante das funções de provisão de serviços para a função de regulação da produtividade, especialmente, em organizações complexas, como os hospitais.

Desse modo, podemos observar, que as reformas estatais, no âmbito da saúde coloca o Estado Brasileiro em uma restrição como prestador dos serviços de saúde, tornando-se essencialmente com uma forte função regulamentadora e provedor de serviços básicos a população, deixando para o mercado a maior responsabilidade na prestação de serviços especializados e de alta complexidade (ANDRADE, 2008).

Assim, o setor saúde, em sua maior parte hospitais e serviços especializados passariam a ser geridos por entes sem fins lucrativos, de natureza jurídica de direito privado, as Organizações Sociais (OSs), limitando a produção estatal no serviço público. Portanto, as Organizações Sociais em Saúde passam a se tornar uma das principais naturezas jurídicas na redefinição do perfil e tamanho do setor público, executando atividades antes consideradas de caráter estatal, o que marca o início da efetiva participação de novos atores sociais e agentes econômicos na prestação de serviços à sociedade no SUS (BRASIL, 1995, CARNEIRO, ELIAS GUIMARÃES et al., 2004; PACHECO, et al, 2016 TRAVAGIN, 2017)

No Brasil, as Organizações Sociais surgiram com a Lei nº 9.638/1998 que instituiu o Programa Nacional de Publicização. A priori, algumas experiências desse modelo foram observadas no Estado de São Paulo. O advento das OSS no Brasil ao avanço do capital sobre o setor de saúde, teve respaldo do Estado na sua instituição e ampliação na saúde pública. O próprio documento institucional do PDRAE garante que as entidades que obtenham a qualidade de organizações sociais gozarão de maior autonomia administrativa (BRASIL, 1995).

No fim das contas, a intenção primordial foi a de “enxugar” o tamanho do Estado, que sempre esteve presente, e se iniciaria com a transferência dos serviços não exclusivos, como saúde, educação, cultura, para entidades privadas. Para Bresser (Bresser-Pereira, 1999) “a Reforma deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que passa ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens

e serviços, com a finalidade de fortalecer na função de promotor e regulador deste desenvolvimento.

No caso do Brasil, diante dos desafios postos sobre sustentabilidade financeira, relevância social e responsabilização do Estado brasileiro com o direito à saúde, foram realizadas adequações ao perfil dos hospitais de modo a assumir novas funções (RIBEIRO; DACAL, 2012), dessa forma surgiram diversos modelos e mecanismos na contratação para prestação de serviços públicos, que vêm sendo praticados simultaneamente.

Assim, o terceiro setor, que estão incluídas as Organizações Sociais em Saúde (OSS), convênios com OSS e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), podem ser conceituadas como um conjunto de entidade privadas de cooperação e colaboração que atuam sem fins lucrativos visando objetivos sociais, públicos, ou coletivos, ganham maior relevância, tendo em vista a conclamada necessidade de eficiência e economicidade nos aparelhos estatais na administração pública brasileira (ANDRADE, 2008).

Destaca-se também a necessidade de fortalecimento e construção de aspectos para construção de uma *nova performance do serviço público*, minimizando entraves burocráticos e possibilitando a flexibilização e autonomia; recuperação da capacidade financeira, melhoria da capacidade dos órgãos da administração pública; e desenvolvimento do capital intelectual (profissionalizando e modernizando e capacitando servidores na administração pública) (MARINI, 2002)

Carneiro Junior e Elias (2003) afirma que as OSS são consideradas uma das estratégias centrais no processo de reforma do estado e sua redefinição enquanto papel e tamanho, tendo em vista que a mesma possibilita a participação de outros atores da sociedade civil na prestação de serviços sociais e científicos.

Para implementação e operacionalização das OSS no Brasil e na Bahia, há os contratos de gestão em hospitais públicos e centros de saúde públicos geridos por Organizações Sociais em Saúde (OSS), convênios com OSS e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) para fornecimento de profissionais de saúde. Há ainda, contratos com autarquias ou fundações públicas (COELHO, GREVE, 2016; SANTOS, et al, 2018). Na Bahia, no campo da saúde, destaca-se as Organizações Sociais no gerenciamento de hospitais públicos do estado.

2.2. Organizações Sociais

As Organizações Sociais são entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que, mediante qualificação e Contrato de Gestão celebrado com o Poder Público, passam a absorver a gestão e execução de atividades e serviços de interesse público no âmbito de Organizações Sociais (BRASIL, 1995).

Com a Reforma Administrativa do Estado e a criação do Programa Nacional de Publicização, que institucionalizou a descentralização da responsabilidade de gestão do ente público estatal para o público não-estatal, os hospitais públicos se constituíram no alvo para introdução dos modelos alternativos propostos pela Reforma gerencial, a exemplo das Organizações Sociais:

Entende-se por “organizações sociais” as entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária (BRASIL, PDRAE, 1995)

As organizações sociais terão autonomia financeira e administrativa, respeitadas condições descritas em lei específica como, por exemplo, a forma de composição de seus conselhos de administração, prevenindo-se, deste modo, a privatização ou a feudalização dessas entidades. Elas receberão recursos orçamentários, podendo obter outros ingressos através da prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc. (BRASIL, PDRAE, 1995)

A publicização foi um mecanismo estratégico da reforma, dada a sua capacidade de reduzir as atividades desenvolvidas pelo Estado. O processo consistia em transferir atividades consideradas não exclusivas do Estado para o terceiro setor, o ‘setor público não estatal’, composto de empresas privadas que executam atividades de interesse público

Houve uma incorporação do repertório da escolha racional sob as vestes do novo institucionalismo, operada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), concretizando propostas reformadoras, estabelecidas pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Para Bresser-Pereira (1998) a administração pública gerencial, derivada da reforma torna-se democrática por que rompe com o modelo burocrático de organização e tornou a gestão do aparelho do Estado de forma mais controlável, eficiente e uma criação de uma maior participação social.

Assim, a Reforma incorporou o espírito gerencial privado na Administração Pública e avançou na questão da descentralização com ampla promoção da administração indireta. Para Bresser-Pereira (1998a: p.170), já há indícios importantes das organizações sociais que seriam criadas com a Reforma Gerencial de 1995, especialmente no caso das fundações

A proposta de criação de um novo modelo organizacional (as Organizações Sociais), no Estado da Bahia, foi introduzida no governo de Paulo Souto, em 1995. Este com ideais reformistas, já introduzidas no cenário baiano pelo seu antecessor, e reafirmou as características da trajetória política “carlista” (BAHIA, 2002; DANTAS NETO, 2003, PINTO, 2004). O Governo da Bahia partilhava do discurso ideológico vigente no período no cenário federal.

Em um estudo proposto por Reis e Coelho (2018) que analisou a incorporação das OSS à gestão dos hospitais estaduais baianos, como estudo de caso, utilizando documentos disponíveis em sites de domínio público e entrevistas com gestores de hospitais “publicizados” e da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia constatou que a ascensão das terceirizações, a partir de 1996, com a incorporação das OSS à cena hospitalar baiana, foi fortalecido, dentro e em um cenário nacional de um discurso vigente da necessidade de maior resolutividade na máquina pública, que seria propiciada pelas OSS.

A agenda de Reforma do Estado foi imprimida no cenário nacional pelo governo de FHC, com a implantação do PDRAE, e seguida à risca pelo Governo da Bahia. A proposta era de um novo gerencialismo público, na busca por novas alternativas de gestão, para garantir eficiência e modernização da “máquina administrativa” (PINTO, 2004; BAHIA, 2002). Assim, corroboramos na análise de que a transferência de atividades de saúde pública para empresas do terceiro setor não foi apenas um arranjo administrativo, mas se tratava de uma decisão política situada em contexto capitalista.

Reis e Coelho (2018) ainda nos afirmam que para adequar-se aos novos modelos e discurso vigente, as empresas antes terceirizadas mudaram sua personalidade jurídica para OS, corroborando para um processo de privatização disfarçada. Dessa forma, ratifica-se que a gestão hospitalar do estado da Bahia passou a ser orientada pela lógica privada, destacando-se a incorporação das OSS como importante evento no processo de publicização no estado.

Nesse sentido, pautado na Lei Federal 2.271/97 o Estado adotou terceirizações em outros setores chaves como área da limpeza, conservação, segurança, vigilância com a perspectiva de expandir a outros setores (ANDRADE, 2008). Já nesse período, a terceirização de alguns hospitais públicos já começa a iniciar, com execução da gestão por OSS, com a

justificativa de flexibilização na gestão e necessidade de contratação de recursos humanos (PINTO, 2004)

Reis e Coelho (2018) e Andrade (2008) afirmam que o estado da Bahia foi um dos primeiros na implementação e na instituição de novos moldes de privatização da gestão, através da Lei nº 7.027/97, que criou o Programa de Incentivo às Organizações Sociais (PIOS), em 1997. Para as autoras, tal marco foi devido ao discurso da necessidade de maior eficiência e qualidade dos serviços prestados à população. Desse modo, a premissa era eficiência e eficácia decorreria da introdução de novos arranjos organizacionais e adoção de um conjunto de ferramentas gerenciais, a exemplo do contrato de gestão, autonomia e liberdade de atuação dos gestores públicos, conforme bem pontuado por Araújo e Borges (2018) que analisaram vinte anos plano diretor da reforma do aparelho de estado no Brasil

Tal lei provém de esforços e de um conjunto de propostas elencadas na gestão do Ministro Bresser Pereira (MARE, 1995). Assim, a criação das OSs foi incorporada pela Secretaria de Administração do Governo do Estado da Bahia na gestão Paulo Souto (1995-1998). Em síntese, o Estado passa a transferir a administração hospitalar para entidades privadas, sem fins lucrativos, as Organizações Sociais de Saúde (OSS), em um processo conhecido com um processo de modernização administrativa, pauta no “novo gerencialismo”.

Santos (2017) em sua tese que estudou os modelos alternativos de gestão no SUS nos traz que com a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva para Presidência da República nas eleições de 2002, permanecendo na presidência por dois mandatos (de 2003 a 2010) (Lula 1 e 2), e com sucessão nas eleições de 2009 para o governo da presidente Dilma Rousseff (Dilma 1) cujo no primeiro mandato (de 2010 a 2014) avançou na legitimação das alternativas de administração indireta.

O autor nos revela que nestes três períodos de governo, as Fundações de Apoio foram reiteradas através dos Decretos nº 5.205/2004 e n.º 7.493/2010, bem como a Fundação Estatal. Estabeleceu-se a Parceria Público Privada (PPP) (Lei n.º 11.079/2004), criou-se a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (Lei nº 12.550/2011) e estabeleceu-se o regime jurídico das parcerias voluntárias entre a administração pública, corroborando na ideia de terceirização do SUS

Na Bahia, as Organizações Sociais são regidas pelas Leis Estadual n.º 8.647 de 29 de julho de 2003 e pelo Decreto Estadual n.º 8.890, de 21 de janeiro de 2004, este que regulamenta a Lei das Organizações Sociais.

“O programa Estadual de Organizações Sociais tem o objetivo de fomentar a absorção, pelas Organizações Sociais constituídas na forma desta Lei, de atividades e serviços de interesse público atinentes ao ensino, institucional, à proteção e preservação do meio ambiente, bem como à saúde, ao trabalho, à ação social, à cultura e ao desporto e à agropecuária (...)

Há ainda o órgão estabelecido para supervisão, das Organizações Sociais é Conselho de Gestão das Organizações Sociais – CONGEOS, órgão este um estabelecido como órgão consultivo, deliberativo e de supervisão superior, criado pela Lei nº 8.647, de 29 de julho de 2003, que tem por finalidade planejar, coordenar, acompanhar e implementar as ações do Programa Estadual de Organizações Sociais. Dentre as competências previstas pelo Conselho de Gestão das Organizações Sociais, caberá o mesmo “ manifestar-se sobre os termos do Contrato de Gestão a ser firmado entre a Secretaria de Estado da área como entidade selecionada, bem como sobre as metas operacionais e indicadores de desempenho definidos (BAHIA, 2003).

Quando qualificada como Organização Social, a entidade está habilitada a participar de processos de seleção, apresentando projeto no âmbito do Chamamento Público - não se confunde com os procedimentos licitatórios previstos na Lei federal nº 8.666/93 -para gerir serviços públicos. O Poder Público, após exame das propostas, elege a que melhor atende o interesse público e celebra com a entidade ofertante contrato de gestão, definindo: (i) os direitos e obrigações das partes; (ii) o programa de trabalho e os prazos de execução; (iii) os critérios de avaliação e (iv) os limites de remuneração dos dirigentes e empregados da Organização Social. Tais cláusulas devem ser precisas para permitirem o controle do uso dos recursos públicos.

A constitucionalidade dessa dispensa foi reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal, na ADI 1.923/DF, que fixou entendimento no sentido da contratação de Organização Social não se submeter às regras da licitação, mas a procedimento específico de seleção, conduzido de forma pública, impessoal e por critérios objetivos, observados os princípios do artigo 37 da Constituição da República (ALMEIDA; MARÇAL, 2020).

2.3. Organizações Sociais nos Serviços de Saúde, contratos de gestão e suas Repercussões no Trabalho no âmbito do SUS

A expansão das Organizações Sociais no Brasil não é um fenômeno recente. Como discutido nesse trabalho, na década de 90 entre meados de 94/95, uma forma de atender demandas e uma maior participação do mercado na esfera pública, as OSS foram inseridas, reduzindo assim o próprio papel do estado na prestação de serviços. São consideradas um dos grandes exemplos de apresentação do denominado “Terceiro Setor”. A modernização viria como uma forma de fortalecer o estado em seu papel regulatório e subsidiaria financeiramente as empresas contratadas para operacionalização dos serviços.

[...] houve argumento de que haveria modernização dos processos, aprimoramento nos serviços oferecidos e maior qualidade e eficiência, ao não precisar se submeter aos procedimentos burocráticos tradicionais. Além de que se promoveria maior autonomia gerencial e controle social, responsabilizando as instituições contratadas pelos serviços pactuados (FERNANDES, 2017, p.44)

Para Travagin (2017) é possível questionar a constitucionalidade das OSS. A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) prevê que o SUS contrate organizações sem fins lucrativos em caráter complementar, a fim de ampliar a oferta de serviços quando esgotadas os equipamentos públicos de administração direta. Para a autora, as OSS, não são complementares, elas atuam de forma substitutivas da gestão estatal, que é afastada e deslocada da atividade após a celebração de um contrato de gestão violar a regra do artigo 196 da Constituição da República que prevê a saúde como dever do Estado. A violação da regra do artigo 156 da Constituição Federal, exigiria que o Estado prestasse diretamente esse serviço, cabendo à Organização Social atuar em caráter meramente complementar.

O Estado e a OSS não exercem parceria, e trata-se de uma transferência de atividades e recursos do público para o privado. É uma “privatização disfarçada de parceria” (p. 1000).

A política de publicização de serviços estatais, sob a denominação de organizações sociais, se constituiu basicamente em um processo induzido de substituição de instituições públicas por instituições privadas, em funções anteriormente a cargo do Estado. Portanto, tratou-se mais de substituição da ação estatal e não de complementação privada da mesma (ALMEIDA, 2004, p. 123)

O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu no dia 16 de abril de 2015 que o repasse de recursos públicos para organizações sociais é constitucional.

A formalização desse repasse ocorre através dos contratos de gestão, definido por Kuser (2009, p.9) como “instrumento jurídico firmado exclusivamente entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social que espelha a parceria estabelecida, devendo ele discriminar as atribuições, responsabilidades e obrigações das partes. Devem ser observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade”.

Importante ressaltar uma questão mencionada em vários estudos (ANDREAZZI; BRAVO, 2014; ANDREAZZI; BRAVO; PACHECO, 2015; CARNEIRO JUNIOR; ELIAS, 2006; MELO; TRAVAGIN, 2017) que a gestão da saúde por OSS pode dificultar a implantação plena do SUS no Brasil, uma vez que reduz a responsabilidade direta do Estado na garantia da assistência à saúde .

Para Barbosa e Elias (2010) é destinado as OSSs um nível de autonomia administrativa e financeira para aquisição de bens e serviços quanto para contratação de recursos humanos, que dentro dos limites orçamentários contratualizados e estabelecidos há possibilidade e garantias institucionais que garantam o melhor ou não uso possível dos recursos disponibilizados. Para os gestores institucionais pode revelar maior poder local sob a gestão dos serviços e práticas, e ao Estado executar funções que seriam exclusivas e inapropriadas à execução ou ao controle por mecanismos de mercado (MOTTA, 2013).

Esse mesmo autor nos traz que tais modelos de gestão na Administração pública focam em resultados, através de um planejamento estratégico voltado para metas e indicadores de desempenho, possibilitando maior flexibilidade gerencial para os gestores. Tal percepção, pode ser diferente aos profissionais assistenciais, que para operacionalização e execução das metas pactuadas e contratualizadas no contrato de gestão que os mesmos podem se sentir pressionadas ao cumprimento de metas, estas que muitas vezes, não foram pensadas dentro de uma lógica epidemiológica, função social e técnica ocasionando desassistência, práticas não dialógicas que não propiciem de fato maior acesso aos usuários.

De acordo com Fernandes (2017) os trabalhadores não foram considerados nessa reforma, mas excluídos; não foram atores, nem cidadãos. Talvez porque garantir direitos aos trabalhadores fosse uma ideia contrária à reforma, já que eles eram tidos como corporativos, burocratas, não aptos para a competição global (OLIVEIRA, 2012). Para Ditterich e outros (2012) os contratos de gestão devem ser negociados e acordados entre as várias partes, como ferramenta de diálogo e contratação de compromissos e responsabilidades em e metas alinhadas com as necessidades entre os gestores e trabalhadores da saúde

Outro problema grave está no fato de que por trás de algumas OSS estão grandes empresas do setor de saúde, fortes grupos econômicos ligados a grandes planos de saúde e empresariado corroborando para um processo de corporativismo econômico, assistencial, controle e comando de determinados setores assistenciais, sobretudo no que tange ao recrutamento dos recursos humanos de determinada região e saúde, na qual a OSS executa sua gestão. Em uma gestão direta, tal situação é minimizada através do concurso público, devido ao "Regime Jurídico Único" - RJU – na qual estão submetidos os servidores públicos civis da administração direta, das autarquias e das fundações, instituído pela Lei n.º 8.112/90.

Além disso, a maioria das OSS são derivadas de empresas antigas e consolidadas no ramo da saúde, a proliferação desse mecanismo tem corroborado no surgimento de empresas especializadas em gerir contratos de gestão como OSS. Assim, as elites associadas a este setor ganham espaço de intervenção e maior poder nas decisões públicas, reforçando e ampliando as práticas clientelistas, sobretudo. Caso se queira construir um processo decisório dialógico e democrático e, uma política de saúde inclusiva, é necessário prezar pela integridade e uma maior participação do controle popular das instituições públicas (TRAVAGIN, 2017)

As OSS podem contratar pessoas diretamente para atuarem nos serviços públicos, sem a garantia dos direitos e obrigações inerentes ao concurso público. Também fica manifesta no fato das OS não precisarem se submeter aos procedimentos de licitação de bens e serviços (Lei nº 8.666/1993), isso corrobora no fato de poderem escolher fornecedores mais convenientes e vantajosos para a instituição. Como são reguladas pelo direito privado, as OSS têm autonomia de processos e dispensa de licitação, contratam seus funcionários por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e não estão submetidas aos tribunais de contas públicas; contudo recebem dinheiro público.

Travagin (2017) afirma que há uma evidente contradição no momento que as OSS recebem dinheiro público, mas operam em condições de mercado – além da grande problemática da alta rotatividade dos contratos de trabalho e a “quarteirização”, que ocorre quando a OSS subcontrata outra empresa privada para realizar atividades-meio, mecanismo que lhes é permitido (ANDREAZZI; BRAVO, 2014 apud TRAVAGIN, 2017.)

No Brasil, a lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998 é a dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, trazendo o seguinte panorama

Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.

A lei estabelece uma série de critérios, requisitos específicos para qualificação e funcionamento das mesmas. Para este trabalho, cabe aqui destacar o aspecto da necessidade de firmar contrato de gestão entre o poder público e a entidade qualificada como organização social. Desse modo, entende-se o contrato de gestão como

Instrumento 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 relacionadas no art. 1º (...) Discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social (BRASIL, 1998).

Em síntese, o contrato é um instrumento formal de compromisso que dá legalidade aos repasses dos recursos financeiros aos prestadores. (BRASIL, 2016). Tal instrumento prevê que a instituição receba do Estado incentivos financeiros e estrutura física para executar as atividades previstas no acordo em substituição ao órgão.

Para as atividades contempladas no contrato de gestão, após a promulgação da Lei nº9.637/98, houve uma alteração na lei de licitações (Lei nº8.666/93), por meio da Lei nº9.648/98, tornando-se desnecessária licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo. Desse modo, observa-se uma constatação legal para a celebração de contratos de gestão entre o Poder Público e as organizações sociais nos moldes previstos na Lei nº9.637/98, sem certame licitatório prévio, que para muitos autores e estudiosos, torna-se inconstitucional, devido a violação dos princípios constitucionais da Administração Pública, como o da impessoalidade e da igualdade (ZOLET, 2011).

A lei nº 9637/1998 deixa grande margem de liberdade à atuação das organizações sociais, bem como lhes confere uma série de prerrogativas incomuns no ordenamento jurídico pátrio. (...) A inadmissibilidade da aplicação dos princípios administrativistas às atividades desempenhadas pelas organizações sociais, por seu turno,

leva a crer que tais entidades de fato são usadas como subterfúgios para a burla das normas legais, afinal, não se pode admitir a prestação de serviços sociais, de responsabilidade estatal, de forma temerária, despida de critérios indispensáveis (ZOLET, 2011, p. 03).

Para Barbosa e Elias (2010) em seu estudo que objetivou analisar o processo de implementação das organizações sociais de saúde (OSS), no Estado de São Paulo, observou que na perspectiva de administração gerencial no setor público e nas novas dinâmicas de trabalho, observou-se que com os avanços das OSS no estado houve um declínio do poder dos sindicatos; enfraquecimento na autonomia dos profissionais dentro do setor público, além de crescimento de uma elite de dirigentes públicos nomeados.

Os mesmos autores sinalizam que a inexistência de um plano de cargos, salários e carreira, implica em haver uma progressão funcional através da avaliação do desempenho do funcionário realizada pelas chefias imediatas. Os autores também pontuaram a alta rotatividade de profissionais nas referidas OSS, um efeito de um alto índice de rotatividade está relacionado a não continuidade no desenvolvimento das atividades, *“à sobrecarga de trabalho aos que se mantêm na unidade até a substituição e adaptação funcional dos novos contratados”* (BARBOSA E ELIAS, 2010, p. 2490).

Para Bruck (2016) a proliferação da terceirização em serviços de saúde resulta na diminuição do número de funcionários e em sua desqualificação e desvalorização, em prol de uma *suposta* — e não comprovada — eficiência de instituições de natureza privada, mais flexíveis e ágeis, em contraposição ao padrão do serviço público brasileiro. Travagin (2017) nos traz uma interessante observação ao afirmar que como as OSS são autônomas para administrarem os recursos humanos e financeiros, estão sujeitas a favorecimentos pessoais e comportamentos patrimonialistas.

Elas podem, por exemplo, oferecer salários exorbitantes aos diretores e muito baixos aos enfermeiros – lembrando, com dinheiro público. A privatização do sistema de saúde precariza os termos de trabalho e fere um dos eixos estruturais do SUS, a valorização dos seus recursos humanos. Isso tem sido observado nas folhas de pagamentos das categorias multiprofissionais, com achatamento de salários e baixa progressão de carreira institucional, principalmente profissionais de enfermagem e categorias técnicas. Observa-se também que, caso uma OSS domine uma série de hospitais na Bahia, com divergentes vocações

institucionais, e em cidades similares ou não, não há diferenciação salarial, mesmos os profissionais apresentando um grau de especialização e qualificação, tanto quanto a variação da cidade, custo de vida e instituição de saúde.

Tal constatação é apontada por Martins (2016), que afirma que a nova modalidade de contratação tem corroborado para a mudanças decorrentes do estabelecimento de vínculos terceirizados, mediante a contratação de instituições de natureza privada. Isso consequentemente têm colocado o trabalhador numa posição vulnerável na medida em que os contratos são negociados sem a sua participação, são pouco regulados e têm um tempo de vigência determinado. Outro ponto tem sido a externalidade das normas e regras de admissão, demissão, contratação e qualificação, que segundo a autora pode comprometer princípios básicos das relações de trabalho no setor público, como a estabilidade e a perspectiva de carreira dos profissionais.

A transferência de servidores públicos para as OSS é outro ponto especialmente problemático porque pode envolver afastamento de um cargo adquirido por concurso público. Isso conflita com um dos eixos da Lei Orgânica da Saúde, expresso no art. 27., que é a formação e valorização dos recursos humanos do sistema (BRASIL, 1990; TRAVAGIN, 2017).

Assim, há um desafio claro para adequação das necessidades dos trabalhadores da saúde juntamente com as necessidades de reorganização dos serviços de saúde. Desse modo, Barbosa (2010) nos traz que é preciso um amplo processo de articulação e negociação entre os níveis de gestão do sistema de saúde e os tomadores de decisão em outras estruturas com poder de regulamentação a fim de reduzir tais discrepâncias.

2.4. Gestão do Trabalho em Saúde no SUS

A discussão em torno da gestão do trabalho em saúde vem ocupando de forma crescente a agenda de gestores e pesquisadores da saúde, sendo uma das áreas estratégicas, constituindo um ponto crítico para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

O termo gestão do trabalho foi constituído a partir das contribuições das áreas da Administração, Economia e Sociologia. Na administração, o seu conceito parte da capacidade de gerenciar de pessoas. Esta concepção baseou-se no acompanhamento dos recursos humanos na lógica de atividades e processos burocráticos para a alocação, remuneração, controle de férias, licenças e avaliação da capacidade funcional do trabalhador (KOSTER, 2008).

Na Economia Política, está relacionada com a força de trabalho, na qual o trabalhador para atingir a finalidade no trabalho, vende sua força de trabalho, fornecendo a criação de riquezas, e desta forma adquire expressão econômica na dinâmica da oferta e demanda no mercado de trabalho (KOSTER, 2008; NETTO e BRAZZ, 2012). Já na Sociologia do Trabalho, Koster (2008) afirma que esta ciência busca compreender o trabalho como um processo que envolve o trabalhador, seu trabalho, o meio ao seu redor e a capacidade para desenvolvê-lo com segurança. Nesta área, a gestão do trabalho é percebida com base nas condições e relações de trabalho e contribuiu no ressignificado do conceito, originando assim o termo Gestão do Trabalho (PIERANTONI, VARELLA E FRANÇA, 2004).

Tal urgência do debate ressurgiu dentro das diversas modificações nos últimos anos. Segundo Rizzoto e outros (2014) em nível nacional, os problemas em relação à gestão da força de trabalho se acentuaram a partir de meados da década de 1990, com a reestruturação do estado na perspectiva da reforma administrativa e do Estado mínimo. Apesar de temas relacionados ao trabalho em saúde já terem sido abordados nas conferências nacionais de saúde (CNS) de 1941 e 1950, somente receberam destaque em 1963, na 3ª CNS, e em 1986, na 8ª CNS, desde quando não saíram mais de pauta (BRASIL, 1986; VIANA ET AL, 2018). No Brasil, a expressão ‘gestão do trabalho’ passou a ser utilizada após a 12ª Conferência Nacional de Saúde em substituição a ‘recursos humanos’

No relatório final da 12ª CNS, publicado em 2004, foi possível constatar, o uso do termo ‘gestão do trabalho’ em detrimento do termo ‘gestão de recursos humanos’

A gestão do trabalho e da educação na saúde é uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS. Cabe ao Ministério da Saúde propor, acompanhar e executar as políticas de gestão do trabalho e de regulação profissional, de negociação do trabalho em saúde, junto com outros segmentos do governo e os trabalhadores, e o incentivo à estruturação de uma política de gestão do trabalho nas três esferas de governo, envolvendo os

setores público e privado que compõem o SUS. (...) Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente, respeitando-se as diferenças de gênero, étnico-raciais e de orientação sexual. Por isso, os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área da Saúde (Brasil, 2004, p. 115)

A NOB/RH-SUS (BRASIL, 2003, p.27), também conceitua a Gestão do Trabalho no SUS como, “a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades – meio necessárias ao seu desenvolvimento”.

Paralelo a tal avanço, foi criada em 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), como uma das ações de reestruturação do Ministério da Saúde (MS), a fim de mobilizar as ações gerenciais no campo do trabalho e da formação, qualificar e implementar uma política de valorização do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus trabalhadores, passando-se, dessa forma, a considerar a gestão do trabalho como uma questão estratégica (PIERANTONI et al., 2008; VIANA, et al, 2018).

Viana e colaboradores (2018, p. 59) ainda nos traz que, “embora se reconheça o termo recursos humanos, como consagrado na literatura mundial, não fazendo referência exclusivamente à sua conceituação clássica, a abordagem de gestão do trabalho corresponde melhor à dinâmica presente nas relações de construção e consolidação do SUS”. Desse modo, esse trabalho, utilizará o termo gestão do trabalho, compreendendo este como um conceito ampliado referente aos trabalhadores da saúde e suas relações e processos dinâmicos no SUS.

No entanto, no Brasil, as mudanças de visão das políticas de recursos humanos para as da gestão do trabalho em saúde necessitam de avanços na maioria dos serviços públicos e as mesmas tem se demonstrado com barreiras e desafios constantes. De acordo com Téofilo e Moreira (2011) a insuficiência de políticas consistentes na gestão do trabalho na saúde tem gerado desgastes e desvalorização do trabalhador, tornando o trabalhador vulnerável, tendo que atuar com vínculos precários, sem promoção de ascensão pessoal, funcional e salarial.

Tal situação supracitada, reverbera para que Pierantoni e outros (2008) nos traga que a fragilidade gerencial de recursos humanos em saúde (RHS), fica evidente ao verificar a incapacidade de compreender e articular orientação política igualitarista e regulamentadora com os requisitos da administração flexível, focalizados na tendência neoliberal.

As autoras nos trazem, que para os gestores fica cada vez mais complexo devido às transformações e exigências do trabalho contemporâneo. Esse novo modelo tem impacto direto na estrutura de emprego e no processo de trabalho. Tais constatações vão de contra ao que é previsto à gestão do trabalho que parte da compreensão de que a participação do trabalhador é essencial para a consolidação do SUS, sendo aquele visto como sujeito e agente transformador da realidade e não um mero 'recurso' cumpridor de tarefas definidas em alguma outra instância, distante do ambiente de trabalho e da equipe local (RIZZOTO, et al, 2014).

A PNHOSP, no que diz respeito a diretrizes e abordagens para valorização dos trabalhadores alocados nas unidades hospitalares, a Política nos traz que os hospitais devem adotar estratégias de valorização dos trabalhadores, sobretudo no que se relaciona a avaliação de desempenho, educação permanente, e ações voltadas para à saúde do trabalhador.

Desse modo, é necessário que o campo da gestão do trabalho possibilite a garantia condições que valorizem o trabalhador e suas atribuições, tais como: o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), os vínculos de trabalho com proteção social, os espaços de discussão a respeito das relações e condições de trabalho, a capacitação e educação permanente dos trabalhadores.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e documental com o propósito de identificar a dimensão gestão do trabalho nos contratos de gestão estabelecidos entre a SESAB e os hospitais sob gestão indireta na Bahia (MINAYO, 2013)

3.2. Lócus do Estudo:

Entende-se que a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) é órgão do Poder Executivo responsável pela formulação, planejamento, gestão, implementação e avaliação da atenção à saúde ao nível estadual da política pública.

A atenção hospitalar sob a responsabilidade da SESAB é constituída por unidades públicas estatal, privadas sem fins lucrativos, filantrópicas e com fins lucrativos como de referência estadual, macrorregional, regional, complementares e locais. Sob gestão estadual, 03 (três) eram de pequeno porte (até 50 leitos) e classificadas na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BAHIA, 2021). Esta rede era composta por 43 (quarenta e três) unidades hospitalares em 2021 sendo 19 (dezenove) sob gestão direta e 24 (vinte e quatro) sob gestão indireta. Entre os modelos indiretos, existiam 23 unidades contratualizadas com OS e 01 sob concessão de Parceria Público-Privada (PPP) (SESAB,2021)

À análise, a estrutura organizacional da SESAB de relevância para gestão da atenção hospitalar se estabelece pelo Gabinete do Secretário Estadual de Saúde, Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Diretoria de Gestão dos Serviços de Saúde (DGESS) e suas subestruturas de Gestão Direta e Indireta Coordenação de Monitoramento, Acompanhamento e Avaliação das Ações e Serviços de Saúde e Coordenação de Planejamento (COMASUP/COPASUP). Correlacionando-se com a SESAB, vinculam-se às Secretarias de Administração da Bahia (SAEB) e da Fazenda (SEFAZ), pois elas sediam os respectivos Programas e Conselhos Gestores de OS e PPP do estado.

Os setores responsáveis pela formulação e acompanhamento dos contratos é a Diretoria de Gestão dos Serviços de Saúde (DGESS) e suas subestruturas de Gestão Direta e Indireta Coordenação de Monitoramento, Acompanhamento e Avaliação das Ações e Serviços de Saúde e Coordenação de Planejamento (COMASUP/COPASUP).

3.2.1. Plano de Produção de Dados

Foram analisados os contratos que encontram-se em vigência envolvendo os hospitais regionais sob gestão indireta no estado da Bahia, de acordo com as principais Organizações Sociais contratadas pelo estado. Foram selecionados 07 contratos de gestão de hospitais de grande porte sob gestão indireta. A escolha de hospitais de grande porte é justificada pela complexidade das unidades e possibilidade de selecionar os contratos mais robustos em relação as metas. Além disso, tais hospitais são locus estratégicos na regionalização e descentralização da média e alta complexidade nas regiões de saúde da Bahia.

- **Os critérios de inclusão:** contratos devem ser de hospital de grande porte, de gerência estadual, porém sob gestão indireta, número de leitos operantes na classificação de grande porte e ter expressividade dentro da macrorregião de saúde na qual está instalado.
- **Crítérios de exclusão:** hospitais sob gestão municipal e aqueles sob gestão direta.

3.3. Plano de Tratamento e Análise dos Dados

Além da revisão de literatura para aproximação inicial à temática de estudo e estado da arte do conteúdo encontrados nos bancos de dados do LILACS e SCIELO, pré-selecionando os artigos pelos títulos entre 2020-2021, foram realizadas análises documentais dos contratos de gestão. Adotou-se planilhas em Microsoft Excel para inclusão das informações contidas nos referidos contratos publicizados e vigentes. As cópias dos documentos são públicas, além de autorizadas pela Diretoria de Gestão do Serviços de Saúde do período. Conteúdo das normativas, legislações referentes aos contratos, e documentos referentes a Política de Recursos Humanos para o SUS (2002). As informações coletadas nos contratos foram: Termo de referência, Leis, indicadores e metas previstas, descrição dos serviços ofertados, compromissos ligados a gestão do trabalho/trabalhadores.

Analisamos o conteúdo das normativas, legislações referentes aos contratos, e documentos referentes à Política de Recursos Humanos para o SUS (2002), Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS. Os sete contratos foram lidos e suas informações foram sistematizadas em matrizes a fim de categorizá-los. Em um quadro sinóptico, foram estratificados e tabulados por categorias no Microsoft Office Excel® e Word 2010. Após uma análise dos principais indicadores e metas contratualizadas vigentes, foi elaborado um painel de potenciais indicadores voltados para a gestão do trabalho que podem subsidiar o monitoramento e avaliação dos mesmos nos contratos de gestão.

Como dimensões de análise adotadas para subsidiar a busca das informações existentes nos contratos:

- a) **Contratação de RHS:** formas de contratação e seleção profissionais que devem ser disponibilizados para atender ao contrato
- b) **Alocação de RHS:** número e distribuição do pessoal contratado, adequação e proporção de profissionais para a qualidade do serviço prestado
- c) **Gestão dos trabalhadores:** perfil adequado ao setor, existência de plano de carreira, investimento na qualificação
- d) **Tipo de vínculo:** CLT, PJ, etc

3.4. Aspectos éticos da pesquisa

Esta pesquisa seguiu rotinas estabelecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), do ISC-UFBA. Assim, respeitou as recomendações oriundas da banca de qualificação do projeto e, após readequações, foi concedida anuência pela instituição parceira, tendo aval da diretoria vigente da época no acesso a documentações e informações necessários a dissertação. Por tratar de dados documentais, os contratos de gestão são publicizados e de acesso livre no endereço eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, não sendo necessário a submissão em comitê de ética.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Caracterização dos Contratos de Gestão

Dentre os instrumentos da administração pública, destacam-se os contratos de gestão como marca característica do Novo Gerencialismo Público, como forma de regulação da gestão indireta. O contrato de gestão tem sido um documento do direito administrativo-constitucional, que deve ter o imperativo de proporcionar a transparência e a racionalidade estatal.

A leitura dos sete contratos de gestão permitiu caracterizá-los destacando os elementos centrais como descrição do perfil do hospital e suas redes de atenção, dimensões financeiras, dimensões técnico-administrativas, responsabilidades assistenciais e obrigações contratuais, mecanismos de fiscalização.

- **Dimensão: descrição do perfil do hospital e rede de atenção**

No que tange a carteira de serviços, os contratos contemplam o atendimento ambulatorial a primeira consulta, interconsultas, consultas de retorno, cirurgias ambulatoriais e APAC's (autorização de procedimento de alto custo de acompanhamento).

A primeira questão que chama atenção é em relação ao território, onde nenhum contrato descreveu a região ou macrorregião de saúde na qual o hospital estava inserido e sua vocação institucional a ser programada para aquela macrorregião de saúde, tendo em vista a variação geográfica na qual os hospitais estão instalados.

Identificou-se a descrição de linhas de cuidado em três contratos avaliados, descritas no quadro 1. Eram previstas implantação de comissões internas hospitalares temáticas (Humanização Controle de Infecção Hospitalar, Revisão de Prontuários, entre outras) nos contratos. Observa-se uma priorização da instalação de um Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) à Ouvidoria.

Insta esclarecer que a ouvidoria representa um mecanismo de controle social que possibilita voz aos usuários, envolvendo-os num processo de participação da vida das instituições, no intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Órgão promotor do direito administrativo que objetiva contribuir para um melhor funcionamento, possibilitando que comunidade reivindique seus direitos (KURZ et al, 2008).

A seguir apresenta-se o quadro descritivo das informações contidas nos contratos analisados

Quadro 01- Quadro sinóptico dos Contratos Avaliados de Hospitais geridos por OSS

Hospitais	Número de Leitos Contratados	Linhas de Cuidado Ofertadas Redes de Atenção Vinculadas	Número de Metas Qualitativas	Número de Metas Quantitativas	Comissões Hospitalares Previstas
Contrato Hospital 1	240 leitos	Rede Atenção Materno-Infantil Rede de atenção às Urgências e Emergências	15 metas	24 metas	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA Comissão de Ética Médica Comissão de Ética de Enfermagem Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Comissão de Avaliação de Prontuário Comissão de Avaliação e Revisão de óbitos Comissão intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos Comitê de Farmácia e Terapêutica Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal
Contrato Hospital 2	150 leitos	Rede de atenção às Urgências e Emergências Rede de Atenção Psicossocial e de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio	07 metas	20 metas	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA Comissão de Ética Médica Comissão de Ética de Enfermagem Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Comissão de Avaliação de Prontuário Comissão de Avaliação e Revisão de óbitos

		<p>Linha do cuidado do AVC</p> <p>Linha do Cuidado do Trauma</p>			<p>Comissão intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos</p> <p>Comitê de Farmácia e Terapêutica</p> <p>Grupo de Trabalho em Humanização</p>
Contrato Hospital 3	145 leitos	<p>Rede de atenção às Urgências e Emergências</p> <p>Rede de Atenção Psicossocial e de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas</p> <p>Linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio</p> <p>Linha do cuidado do AVC</p> <p>Linha do Cuidado do Trauma</p>	14 metas	19 metas	<p>Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA</p> <p>Comissão de Ética Médica</p> <p>Comissão de Ética de Enfermagem</p> <p>Comissão de Controle de Infecção Hospitalar</p> <p>Comissão de Avaliação de Prontuário</p> <p>Comissão de Avaliação e Revisão de óbitos</p> <p>Comissão intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos</p> <p>Comitê de Farmácia e Terapêutica</p> <p>Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal</p> <p>Grupo de Trabalho em Humanização</p>
Contrato Hospital 4	193 leitos	<p>Rede de atenção às Urgências e Emergências</p> <p>Rede de Atenção Psicossocial e de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas</p> <p>Linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio</p> <p>Linha do cuidado do AVC</p> <p>Linha do Cuidado do Trauma</p>	14 metas	20 metas	<p>Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA</p> <p>Comissão de Ética Médica</p> <p>Comissão de Ética de Enfermagem</p> <p>Comissão de Controle de Infecção Hospitalar</p> <p>Comissão de Avaliação de Prontuário</p> <p>Comissão de Avaliação e Revisão de óbitos</p> <p>Comissão intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos</p>

					<p>Comitê de Farmácia e Terapêutica</p> <p>Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal</p> <p>Grupo de Trabalho em Humanização</p>
Contrato Hospital 5	120 leitos	<p>Rede de atenção às Urgências e Emergências</p> <p>Rede de Atenção Psicossocial e de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas</p> <p>Rede Cegonha</p>	09 metas	19 metas	<p>Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA</p> <p>Comissão de Ética Médica</p> <p>Comissão de Ética de Enfermagem</p> <p>Comissão de Controle de Infecção Hospitalar</p> <p>Comissão de Avaliação de Prontuário</p> <p>Comissão de Avaliação e Revisão de óbitos</p> <p>Comissão intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos</p> <p>Comitê de Farmácia e Terapêutica</p> <p>Núcleo de Segurança do Paciente</p> <p>Grupo de Trabalho em Humanização</p>
Contrato Hospital 6	182	<p>Rede de atenção às Urgências e Emergências</p> <p>Rede de Atenção Psicossocial e de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas</p> <p>Rede Cegonha</p>	07 metas	21 metas	<p>Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA</p> <p>Comissão de Ética Médica</p> <p>Comissão de Ética de Enfermagem</p> <p>Comissão de Controle de Infecção Hospitalar</p> <p>Comissão de Avaliação de Prontuário</p> <p>Comissão de Avaliação e Revisão de óbitos</p> <p>Comissão intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos</p>

					Comitê de Farmácia e Terapêutica
Contrato Hospital 7	184	Rede de atenção às Urgências e Emergências Rede de Atenção Psicossocial e de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral Linha de Cuidado do IAM Linha de Cuidado ao Trauma	10 metas	23 metas	Comissão de Ética de Enfermagem Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Comissão de Avaliação de Prontuário Comissão de Avaliação e Revisão de óbitos Comissão intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos Comitê de Farmácia e Terapêutica

Fonte: Contratos de Gestão, SESAB.

Todos os contratos de gestão dos hospitais avaliados apresentaram uma estrutura semelhante em relação ao formato do documento. Traz a descrição da unidade e sua identificação hospitalar com os serviços a serem ofertados e segmentação dos leitos existentes (clínicos, cirúrgicos intensivos etc). Traz aspectos que envolvem a assistência no que tange aos serviços hospitalares incluídos, a exemplo de internações, cirurgias ambulatoriais, atendimento a emergência e urgências hospitalares, atendimento ambulatorial, sistema de regulação vinculado ao Estado, realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar.

- **Dimensão Assistencial**

Os contratos apresentaram um orçamento composto por parte fixa e variável que é condicionada ao desempenho, seus indicadores gerenciais e assistenciais, que são preestabelecidos, e o plano de metas justificam ocorrência de cortes e/ou reequilíbrios orçamentários.

Observa-se cláusulas de obrigações da contratada no que tange a disponibilidade da mesma em funcionar dentro da sua capacidade operacional em quantidades estabelecidas no contrato. Obrigações éticas, jurídicas, contábeis, e aos preceitos éticos e portarias do Sistema Único de Saúde. À contratada fica garantido o direito de reembolso extra referente a utilização de Órteses Próteses e Materiais Especiais, aditivos para investimentos em infraestrutura e equipamentos, possibilidade de investir recurso em mercado financeiro

Nos contratos de gestão avaliados, há uma divisão básica do limite prudencial, sendo 70% do valor orçado no contrato tem por objetivo garantir a continuidade dos serviços prestados à população e a manutenção da equipe mínima estabelecida para a previsão dos serviços definidos no Contrato de Gestão, sem necessidade de avaliação das metas. Já 30% do orçamento contratual, está condicionado à realização e cumprimento das metas contratuais (quantitativas e qualitativas) previamente estabelecidas. Desse modo, 30% do valor previsto em contrato para repasse são condicionados a avaliação das metas contratuais por técnicos de monitoramento, que baseado em sistemas de informação e documentos comprobatórios validam ou não as informações prestadas pela Organização.

Estas devem ser avaliadas, trimestralmente, por uma Coordenação de Monitoramento e Avaliação específica, em sistemas de informações de base nacional, com documentos e comprovações locais. Desse modo, baseado no alcance das metas e indicadores contratualizados e vigentes, e em cima do seu percentual previsto, a Organização social contratada deve ter o repasse realizado.

Na leitura aprofundada do contrato de gestão verifica-se que as metas, estratificadas em quantitativa/qualitativas, foram categorizadas com objetivo de expressar a relação dos objetivos a serem atingidos pela OSS, no desempenho de suas atividades com estabelecimento de um prazo determinado para cumprimento e pressupondo o recebimento de recursos específicos para tal alcance.

Os estudos revisados destacam que os contratos de gestão devem possibilitar maior transparência nas relações entre gestores e prestadores estatais, e podem ampliar a eficácia na prestação de serviços públicos (Coelho, et al, 2016; Ditterich, et al, 2012) entretanto, observa-se que nos contratos analisados existem lacunas e grandes fragilidades no que tange as necessidades epidemiológicas de uma região de saúde, pouquíssimas ações voltadas para o trabalhador e limitações dos contratos no monitoramento dos indicadores de processo.

Há uma predominância e ênfase exacerbada em indicadores estruturais e de produção de serviços (indicadores de desempenho hospitalar, quantidade de procedimentos, cirurgias,

número de internações/mês, etc). Isso ratifica os achados do estudo de Santos e colaboradores (2018), onde os mesmos afirmam que os contratos vigentes na Secretaria da saúde da Bahia apresentavam uma baixa capacidade instalada para monitoramento, necessidade de aperfeiçoamento dos critérios de acompanhamento e de incorporar novos aspectos no contrato, a exemplo da incorporação da satisfação do usuário como um critério de qualidade.

Observou-se o uso de aditivos contratuais nos contratos avaliados. Eles podem ser alterados pela administração com as devidas justificativas conforme definido no art. 65 da lei 8.666/93. Seus principais usos são referentes a modificações dos projetos, especificações, prazos, ampliações ou redução de serviços e objetos. Na análise dos contratos observa-se que os aditivos contratuais foram essenciais para ampliação dos leitos e serviços assistenciais nas redes de atenção vocacionadas, entretanto após análise, não havia explicitado nos aditivos, após alterações das metas contratuais, à necessidade de mais recursos humanos, o que pode corroborar para ampliação do serviço, sem de fato ocorrer em termos técnicos ampliação da força de trabalho. Desse modo, torna-se um importante desafio para capacidade instalada e gestão do trabalho nos hospitais geridos por OSS.

Tal achado foi pontuado no estudo de Morais e outros (2018) que objetivou analisar a constituição das OSS, desde as entidades que as originaram e sua tradição na prestação de serviços no mercado da saúde verificou que os termos aditivos de cada contrato de gestão foram progressivamente sendo adotados como um instrumento adicional de captação de recursos para as OSS.

- **Dimensão: Gestão do trabalho no contrato de gestão**

As questões relativas a gestão dos trabalhadores nos contratos analisados foram analisadas contemplando aspectos relacionados com vínculos de emprego, possibilidades de carreira, oferta de capacitações, critérios de seleção e dimensionamento.

O modelo de vínculo adotado pelos contratos de gestão, firmados com as OSS da Bahia, se dá mediante o regime da CLT para as categorias multiprofissionais, e para médicos, o previsto é Pessoa Jurídica (PJ).

No que tange aos principais aspectos, indicadores e metas voltadas para a gestão do trabalho, observa-se em todos os contratos avaliados, o seguinte panorama:

Quadro 02- Principais aspectos apresentados nos contratos relacionados com a gestão do trabalho

1. Dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativa compatível ao nível assistencial
2. Implantação uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT
3. Necessidade de existência de Programas de Educação Permanente
4. Plano Diretor de Gestão ou Plano de Ação Gerencial da Instituição
5. Dispor de campo de prática para estudantes, estagiários, residência conforme critérios estabelecidos pela Escola de Saúde Pública do estado
6. A contratação de pessoal para a execução do objeto do Contrato de Gestão firmado deverá ser realizada, exclusivamente, por meio de processo seletivo
7. Admitir, no quadro de recursos humanos da Unidade, servidores do Estado que estiverem vinculados ao serviço
8. Adotar Plano de Cargos, Salários e Benefícios dos empregados aprovado pelo Conselho Deliberativo da contratada
9. Disponibilizar recursos humanos, designados através de ato de autorização
10. Contratação de profissionais de nível técnico e de nível superior, recém-formados, sem experiência anterior comprovada, a título de primeiro emprego

11. Identificação dos profissionais, e fardamento, controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

Fonte: Contratos de Gestão, SESAB.

No quadro 02 observa-se os aspectos relacionados a gestão do trabalho no escopo dos contratos de gestão, entretanto não estão presentes nas metas contratuais. Isso implica em afirmar que não necessariamente o não cumprimento dos itens pontuados acima estão correlacionados ao repasse do recurso do ente público, sobretudo em um cenário de frágil monitoramento institucional. Muitos dos aspectos pontuados acima poderiam ser inseridos ou transformados em indicadores voltados a gestão do trabalho, condicionando o repasse a OSS com cumprimento dos aspectos inerentes a gestão do trabalho.

No estudo de Coelho (2016) foi verificado que 70% dos indicadores dos contratos de gestão analisados da SESAB foram inadequados, ou por falhas na sua construção/formulação ou. Além disso, a existência de muitos indicadores sem a devida análise de viabilidade, coerência e consistência não é recomendável, pois, dificulta a utilização dos resultados para apoiar os tomadores de decisão. A produção de informações requer a existência de fontes para alimentar os indicadores.

No que tange as metas e indicadores relacionados aos critérios para seleção dos trabalhadores a serem contratados, chama atenção a possibilidade de absorver profissionais sem experiência, o que pode levar a duas inferências: intenção de possibilitar aos profissionais competir com outros mais experientes (nesse sentido, deveria haver um investimento na qualificação para atuar nas atividades previstas, uma vez que será o 1º emprego) ou intenção de oferecer uma remuneração menor tendo a inexperiência como justificativa.

O quadro 3 aponta os aspectos destacados nos contratos de gestão.

Quadro 03- Metas e Indicadores correlacionados com a gestão do trabalho que se apresentaram nos contratos avaliados

1. Percentual de profissionais de nível técnico, sem experiência anterior comprovada, contratados a título de primeiro emprego
2. Percentual de profissionais de nível superior, sem experiência anterior comprovada, contratados a título de primeiro emprego
3. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA;

Fonte: Contratos de Gestão, SESAB.

Como observado no quadro 03, todos os contratos, no que tange às metas voltadas para trabalhadores não se diferem. Não há indicadores e metas específicas para a gestão do trabalho nos contratos analisados. Tais metas acima, visam incentivo à Concessão de Primeira Experiência Profissional a trabalhadores, sem experiência anterior, previsto em cláusula contratual.

Sobre o percentual de gastos com pessoal, os contratos trazem como referência o valor global do contrato, isto é, o valor total acordado para execução de todos os serviços no âmbito hospitalar. Os contratos avaliados limitam os gastos para pagamento da mão de obra contratada em 70% do valor final recebido.

É apresentado a relação dos profissionais que são previstos nos referidos hospitais. Todos os contratos não possuíam parâmetros assistenciais fixos de recursos humanos a fim de garantir um grau de dimensionamento assistencial correspondente com as necessidades do hospital, e por setores assistenciais ou área de formação.

Há parágrafos sobre a obrigação das OSS contratar o necessário de recursos humanos para o funcionamento, porém sem trazer à tona os parâmetros e referências assistenciais de dimensionamento que o estado adota. Se entendemos o monitoramento e avaliação da atenção hospitalar como dinâmico e complexo, há a necessidade de incluir os profissionais de saúde nesse processo e verificar os aspectos relacionados à realidade do processo de trabalho em

saúde, nos mais diversos serviços de média e alta complexidade do estado, e isto deve ser apresentado ao contrato de gestão. Sem parâmetros assistenciais institucionais, o contratante pode dimensionar suas equipes baseado em critérios próprios, propiciando subdimensionamento de categorias profissionais assistenciais.

Outro ponto essencial é que o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) dos empregados e Programa de Educação Permanente não são metas contratuais, desse modo a sua não realização não afeta no recebimento do pagamento pelo Estado, que está vinculado às metas. Não há recebimento de recursos financeiros específicos para gestão de RH. O PCCS é visto como uma importante política e ferramenta de gestão atrativa para os trabalhadores do SUS. De acordo com Mendes e Colaboradores (2018) é através do PCCS que é possível garantir a fixação de profissionais, oportunizar a perspectiva de carreira e compromisso das instituições de saúde. Os autores nos trazem ainda que é uma forte forma de motivação e valorização dos profissionais.

Os contratos de gestão não estipulam de forma clara as regras de proteção ao trabalhador, possibilitando que os responsáveis pela gestão dos hospitais contratualizados atuem desrespeitando preceitos básicos dos trabalhadores de saúde. Não foi observado nas leis disponibilizadas no contrato a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que estipula a necessidade das ações educativas como estratégia para aperfeiçoar os processos de trabalho. Não foi identificado também na escrita do contrato a necessidade de espaço de negociação, comissão ou escuta institucionalizada do trabalhador aos gestores a fim de readequação de processo de trabalho, tal ausência impossibilita, no âmbito institucional induzir mudanças estruturais no processo de trabalho, tendo a Educação Permanente como ferramenta de gestão.

Entende-se que a partir da Educação Permanente em saúde, é possível promover a valorização do trabalho, discussão sobre o cotidiano de trabalho, além da possibilidade de pactos e acordos coletivos de trabalho no SUS. Para Almeida e colaboradores (2016) a educação permanente além de uma proposta político-pedagógica, favorece, aos trabalhadores, um processo de ensino-aprendizagem dentro do seu cotidiano laboral.

- **Mecanismo de fiscalização:**

Observa-se nos contratos avaliados a necessidade de envio de documentos, a exemplo de atas, notas fiscais, efetivamente executados no mês anterior, acompanhada de Relatórios Gerenciais e comprovantes, relatórios de informações hospitalares. No que tange as metas quantitativas, devem ser extraídas de sistemas de informação oficiais, munidos de documentos comprobatórios e justificativas apresentadas pela Contratada.

Argumenta-se que o Estado deve supervisionar as atividades das OS, mas a fiscalização tem sido uma das grandes questões do contrato de gestão, sendo observado uma grande fragilidade. Embora a legislação nacional sobre as OSS preveja o envio de relatórios periódicos às entidades estatais de controle, os detalhes deste acordo ficam por conta do contrato de gestão. Como foi dito, há muita flexibilidade nas decisões legais sobre as OSS. Os contratos de gestão variam entre os estados e municípios, ou seja, não há um padrão nacional de fiscalização.

No que tange a fiscalização do contrato, as equipes técnicas, por uma Coordenação de Monitoramento e Avaliação que avalia o contrato, são validadas por três Diretorias corresponsáveis. O processo de avaliação consiste da coleta de produções por meio sistemas de informações (Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA, Sistema de Informações Hospitalares- SIH), relatórios, e outros documentos comprobatórios a fim de avaliar as metas contratuais, trimestralmente, estas que correspondiam de forma variável, a 30% do contrato. As fragilidades documentais, comprobatórios, relatórios de informações hospitalares e subjetividades em análise das justificativas apresentadas pela OSS tornam-se desafios importantes no processo de avaliação contratual. Importante salientar que os relatórios são passíveis de avaliação pelos tribunais de contas, órgãos de controle interno e externo, como Ministério Público.

Essa fragilidade regulatória identificada nos contratos confirma os achados de Santos et al (2018) em seu estudo sobre os contratos de gestão entre a secretaria e as OSS, observa que a função regulatória do Estado não se desenvolveu rapidamente, exigindo esforços para melhoria do sistema de acompanhamento e controle interno. A decisão também reafirmou o poder do Ministério Público, Auditoria SUS, Tribunal de Contas da União (TCU) para fiscalizar a aplicação correta dos recursos recebidos por essas entidades, que têm demonstrado como Órgão de Controle interno e externo essenciais no processo de fiscalização e avaliação dos recursos e metas contratualizadas.

4.2 Lacunas identificadas e investimentos necessários aos Contratos de Gestão no aperfeiçoamento dos Indicadores de Gestão do Trabalho

As evidências produzidas por este estudo revelam a pouca prioridade da gestão do trabalho nos contratos que estabelecem a relação entre o Estado e as OS. Em relação ao planejamento da força de trabalho que deve ser contratada para o cumprimento das metas estabelecidas não é explicitado a quantidade.

De fato, apenas contem as categorias profissionais que devem ser contratadas para aquele serviço hospitalar, em uma aba descrita como “ Relação Mínima e Recursos Humanos por Categoria Profissional”, onde descreve quais categorias profissionais devem ser contratadas para o serviço. Deveria haver um barema baseado no número de leitos contratualizados e sua tipologia (clínico, cirúrgico, etc) e parâmetros assistenciais institucionais do estado com uma previsão estatística de profissionais necessários para execução daquele serviço. Tal estratégia poderia minimizar o subdimensionamento assistencial comumente presente em hospitais sob gestão indireta.

No estudo de Coelho (2016) objetivou verificar se indicadores presentes nos contratos da gestão terceirizada de hospitais públicos realizados na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia favorecem a avaliação e o controle da gestão terceirizada. Foi verificado que apesar de terem sido encontrados indicadores considerados consistentes para avaliar a gestão terceirizada, os resultados do estudo demonstraram uma insuficiente padronização na apresentação dos indicadores nos contratos, , uma quantidade excessiva de indicadores inconsistentes, além de uma ausência de correlação dos indicadores com os objetivos pretendidos

Desse modo, as lacunas identificadas por este estudo também permitem levantar as necessidades de ajuste nos contratos firmados entre uma Secretaria de Estado e as Organizações Sociais. Nesse sentido, 04 dimensões devem ser consideradas para a proposição dos indicadores voltados à gestão do trabalho: **Planejamento e Gestão da Força de trabalho, Educação Permanente para a Qualificação do processo de trabalho, Valorização do Trabalhador e Avaliação de desempenho do trabalhador.**

Esses indicadores são baseados em evidências científicas robustas e podem ajudar na implementação e qualificação dos trabalhadores, no aspecto contratual, tendo em vista que se observa uma ausência de indicadores voltados à gestão do trabalho.

. Entende-se que para a implementação de tais indicadores, há inúmeros desafios que transitam por questões de natureza legal, financeira, técnica e política, que podem impedir sua viabilização. Porém entende-se que contemplar indicadores voltados à gestão do trabalho podem propiciar maior transparência, identificação e protagonismo do trabalhador no contrato, qualificação de trabalhadores no escopo do contrato e uma indução de uma política de gestão do trabalho no estado. É necessário inserir no contrato de gestão a avaliação pelos trabalhadores contratados pela OS, tendo em vista que quem operacionaliza a execução dos serviços descritos no contrato são estes trabalhadores, que devem ser também sujeitos no processo avaliativo. Além disso, propor estratégias que impulsionem esses trabalhadores a executar seu trabalho para alcance das metas, com incentivos, planos de carreira estruturados, qualificação constante.

No quadro 04 elencamos aqueles que julgamos mais relevantes e factíveis a serem inseridos em contratos de hospitais de médio e grande porte geridos por OSS

Quadro 04 : Matriz De Indicadores De Gestão Do Trabalho Proposto Aos Contratos De Gestão

Dimensão	Indicadores Propostos	Periodicidade De Avaliação	Fonte De Informação
Planejamento e Gestão	Implantação de Plano de Carreira, Cargos e Salários (ou equivalente)	Anual	Contrato de gestão
	Parâmetro mínimo de Recursos Humanos estabelecido de equipes assistenciais (por categoria profissional) nos serviços contratados	Anual	Folha de Recursos Humanos
	Mesa de negociação permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores da OSS e a Secretaria	Trimestral	Relatórios de Núcleos de Educação Permanente
	Implantação de Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de ação e de avaliação de resultados	Semestral	Ata de Implantação
	Satisfação do usuário na Ouvidoria Institucional ou Serviço de escuta	Semestral	Relatório da Ouvidoria Estadual
Educação Permanente	% de Atividades de educação permanente voltadas a qualificação de profissionais assistenciais	Trimestral	Lista de Frequências
	Implantação de Comissão de Educação Permanente	Anual	Ata de implantação + comprovação de reunião

Qualificação do processo de trabalho	% de trabalhadores novos no Serviço que participaram de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória	Quadrimestral	Lista de Frequência
	Manuais de procedimentos e normas documentadas e conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento dos serviços (clínicos, organizacionais, de suporte)	Quadrimestral	Manuais disponibilizados as equipes
	% de trabalhadores de nível médio e superior inscritos em programas de complementação de instrução e/ou cursos de qualificação profissional, oferecidos através da Instituição	Bimensal	Ata de reunião
	% de trabalhadores liberados do Serviço para participação em eventos externos (discriminar tipos de eventos)	Mensal	Lista de frequência
Satisfação e Avaliação do/pelo trabalhador	Sistema implementado de avaliação do trabalhador, baseado em desempenho/metasp acordadas	Trimestral	Relatórios do sistema
	Satisfação dos trabalhadores (avaliações aprofundadas e classificação conforme graus de satisfação)	Trimestral	Relatórios do sistema
	Avaliação da Organização Social de Saúde pelo Trabalhador	Trimestral	Sistema de informação próprio elaborado pela contratante e contratada

Fonte: Elaboração Própria, 2022

4.3 A importância do Monitoramento dos Contratos de Gestão para a qualidade dos serviços prestados à população

O processo de monitoramento e avaliação pode ser uma ferramenta útil para o alcance da qualidade dos serviços de saúde, já que imprescindível mensurar e avaliar o processo de trabalho em saúde através de um contrato de gestão.

Como pontuado, os contratos das unidades sob gestão indireta pouco focam em indicadores voltados para os profissionais de saúde e gestão do trabalho, obtendo seu direcionamento mais operacional, quantitativo e com indicadores de produção de serviços, mesmo as políticas de saúde preconizando que os profissionais e trabalhadores de saúde devem estar inseridos nos processos avaliativos.

(...) presença dos trabalhadores da saúde junto com os dirigentes na definição de metas e objetivos se faz necessário para a garantia do compromisso mútuo e espírito de corresponsabilidade (DITTERICH, 2012, p. 619)

O campo do monitoramento e avaliação é amplo e possui diversas vertentes, abordagens e metodologias. Entende-se o monitoramento e como um acompanhamento continuado de compromissos (objetivos, metas e ações), estas que devem ser explicitadas em planos, programas e projetos de modo a verificar se os mesmos estão sendo realizados conforme previsto/preconizado. Já a avaliação é compreendida como um processo que implica julgar, emitir um julgamento de valor, tendo como base uma análise do que já foi feito, realizado (BRASIL, 2010). A avaliação utiliza um referencial a fim de comparação, para verificar se o ideal foi alcançado ou não. Para Dubois, Champagne e Bilodeau (2011, p.44), avaliar consiste:

Fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações

O monitoramento é entendido como uma ação contínua, utilizada para acompanhar, tomar decisões corretivas na gestão de um projeto e informar as partes interessadas sobre a evolução dos resultados planejados. Processo que deve ser periódico para apontar desvios, necessidade de atualizações de determinado projeto.

Duarte e outros (2020) ratificam a necessidade das novas formas organizacionais do setor público, sobretudo as OSS, devem passar por um processo contínuo e profundo de avaliação, de forma sistematizar para que os mecanismos de avaliação e controle efetivos.

Já a Avaliação consiste em uma análise objetiva e sistemática do desenvolvimento de um programa ou projeto. Avalia a relevância, a eficácia, a eficiência, o impacto e a sustentabilidade de determinada organização, ou projeto. É uma ferramenta de forte evidência da obtenção de resultados e do desempenho institucional, da construção de conhecimento e aprendizagem organizacional, além de contribuir para a prestação de contas (Organização Pan Americana – OPAS, 2016).

Dessa forma, o Monitoramento e Avaliação dos serviços prestados pelas OSs nas unidades de saúde é uma ação urgente e necessária como elemento do cotidiano de trabalho em saúde, de modo a permitir a identificação de fragilidades e a visualização de oportunidades de melhoria e adoção de medidas ou intervenções por parte dos responsáveis pelo objeto, a fim de superar desafios e os problemas verificados.

Cabe sinalizar que o processo de monitoramento e avaliação das metas e ações contratualizadas tornam-se bastante relevantes pois favorecem o aperfeiçoamento e reformulação da política pública e um salto de qualidade nos serviços prestados à população.

O controle estatal deve ser eficiente e contínuo, por meio da definição dos indicadores de desempenho, padrões de qualidade, prazos para execução, preços, gestão estratégica e metas, o que permite avaliar objetivamente os resultados, a qualidade dos serviços e a aplicação dos recursos públicos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências produzidas por este estudo podem contribuir para o aperfeiçoamento dos contratos de gestão na medida em que identificou as lacunas existentes e a necessidade de incorporar o profissional e trabalhador da saúde como um ator importante no processo de monitoramento, pois a gestão de um hospital de média ou alta complexidade não pode se reduzir a produção de serviços de saúde sem analisar a qualidade das práticas e *o locus* onde os trabalhadores realizam suas atividades.

A contratação da OSS é justificada pela manutenção da eficiência e da qualidade dos serviços prestados. Contraditório é não possuírem meios adequados para medir tal qualidade. Muitos gestores consideram atuar em instituições públicas, estabelecendo uma relação cliente-prestador com os usuários, fragilizando processos institucionais de valorização tanto do trabalhador quanto do usuário do Sistema único de Saúde.

O aumento do número de OSS em substituição ao Estado na execução dos serviços de saúde envolve a transferência de muitos recursos, principalmente financeiros, e demonstra uma tendência regional e nacional, sobretudo, na gestão hospitalar

A elaboração dos contratos de gestão deve considerar a incorporação de elementos, indicadores e ferramentas mais dinâmicas e menos verticais, contemplando perspectivas dos profissionais que exercem o “fazer saúde” nesses locais. Se a administração indireta já é uma realidade no estado da Bahia e tem sido uma forte estratégia política de gestão, há então uma necessidade de aprofundar e desenvolver mecanismos melhores para que tais organizações estejam cientes sobre seu papel sobre a gestão de um hospital da rede pública, principalmente aos trabalhadores contratados.

Os contratos além de delimitar as competências organizativas do ente privado, precisam revelar o poder regulatório do estado sobre a relação público privado no que diz respeito aos trabalhadores dessas organizações, propondo um novo “olhar” e um monitoramento efetivo sobre esses atores no sistema único de saúde. O investimento no monitoramento dos indicadores utilizados na gestão para o alcance da equidade, eficiência e eficácia das nossas unidades, sobretudo aquelas da média e alta complexidade, que ainda são os principais locais de maior investimento e aporte financeiro dos recursos públicos destinados à saúde.

Portanto, o monitoramento e avaliação dessas unidades é de grande relevância para os gestores, tanto no aspecto assistencial, administrativo e sobretudo financeiro, alinhando diversos aspectos para a garantia da qualidade para o usuário do sistema público de saúde. Para o trabalhador significa valorização, respeito e estímulo ao desempenho no ato de cuidar.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.L.B. **As Organizações Sociais na Área da Saúde: Atores e Interesses no Processo de Qualificação na Bahia**. 2008. 126 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Administração) - Escolade Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

ALMEIDA, JRS; BIZERRIL, DO, SALDANHA, KGH; ALMEIDA, MEL. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Rev. ABENO [online]** vol.16, n.2, p. 07-15, 2016.

ARAÚJO, M.A.D; BORGES, D.F. 20 anos do plano diretor da reforma do aparelho de estado no brasil: avança-se limites. **Espacios Públicos [Internet]**. v. 21 n. 52, p. 7-24, 2018.

BARBOSA, N.B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, n.5, pp.2497-2506 Disponível em : https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500024 Acesso no dia 01 de agosto 2020.

BARBOSA, N.B.; ELIAS,PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15 v. 5, p. 2483-2495, 2010 Acesso no dia 01 de agosto 2020

BRAGA NETO, F. C. BARBOSA, P.R. SANTOS.I.S. **Atenção Hospitalar: Evolução histórica e tendências**.

In: GIOVANELLA, L; ESCOREL S; LOBATO, LVC; NORONHA, JC; CARVALHO, AI. Organizadores: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil, 2. Edição, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012, 1100p.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelhado Estado, 1995**.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 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, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sérgio Arouca Brasília 7 a 11 de dezembro de 2003 relatório final, Brasília, DF, 2004a. 232 p.

_____. **Portaria nº 3.390**, de 30 de dezembro de 2013 – Estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema único de saúde, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **PNASS : Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Secretaria- Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Brasília : 2015. 64 p.:il. Disponível em : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf Acesso no dia 21 de junho de 2019.

_____. **Portaria n.º 1.559 . Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde-SUS**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html Acesso no dia 21 de junho de 2019.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Regulação, Avaliação E Controle De Sistemas. **Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde**. Brasília , 2016.

_____. **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, e dá outras providências.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, v. 34,n. 4, p. 7 a 26, 2000.

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

CAPOBIANGO, R. P. et al. Reformas administrativas no Brasil: uma abordagem teórica e crítica. **REGE**, São Paulo, v. 20, n.1, p. 61-78, jan./ mar. 2013.

CARNEIRO, J.R.N; ELIAS, PE. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. *Rev AdminPubl*. 2003; 37(2):201-2

COELHO, VSP; GREVE,J. 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, vol. 59, no 3, pp. 867 a 901, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v59n3/0011-5258-dados-59-3-0867.pdf> Acesso no dia 21 de junho de 2019.

COELHO, SMPS. **Avaliação dos indicadores presentes nos contratos da gestão terceirizada de hospitais públicos: um estudo na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB**. 102 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em administração). Escola de Administração. Universidade Federal da Bahia, 2016.

CHAMPAGNE, F; HARTZ, Z.; BROUSSELLE, A, CONTANDRIOPOULOS, A. A Apreciação Normativa In: BROUSSELLE et al (Org.) **Avaliação: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011, p. 19-40

DITTERICH, RG; MOYSES, ST, MOYSÉ, SG. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. p. 615-627, 2012

DONABEDIAN A. Formulating criteria and standards. In: Donabedian A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford (UK): Oxford University; 2003. p. 60-73

DUARTE, L.S; LEME JUNIOR, J.A; SANTOS, J.A.; FELIPE, L.V; MENDES, A.N.Tendências da mercantilização no SUS do estado de São Paulo: análise territorial dos gastos com convênios e contratos de gestão com Organizações Sociais. **SAÚDE DEBATE** | RIO DE JANEIRO, v. 44, n. 127, p. 962-975, 2020

FERNANDES, L.E.M. **Gestão de Recursos Humanos em Hospitais Estaduais sob Contrato com Organizações Sociais de Saúde**. 2017. 156 f. Dissertação de Mestrado

(Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito, 2017.

HOLZ, CB, MENEZES, LP; BEGNINI, D.; SATURI, F. O hospital na rede de atenção a saúde: uma reflexão teórica. **Espaço Ciência e Saúde**. v.4, n. 1, 2016. Disponível em : <http://revistaelectronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5254/792> Acesso no dia 21 de junho de 2019.

IBANEZ, N; VECINA NETO, G. **Modelos de gestão e o SUS**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, suppl., pp.1831-1840. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000700006&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso no dia 21 de junho de 2019.

KOSTER, I. **A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde**. 2008. 208f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2008.

KURZ, C.M.M. et al. Ouvidoria hospitalar: manifestação de usuários de um Hospital Universitário. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**. v.9, n.1, p. 24-29, jan-jun, 2008. Acesso no dia 16 de março de 2021.

LEITE, Leonardo Queiroz. **A História da Reforma Gerencial do Estado de 1995**. 2019. 285f. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Escola de Administração, Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, São Paulo, 2019.

MARTINS, MIC. Desafios para a gestão do trabalho em saúde no setor público. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32 n.2 2016

MELO, C. M. M. et al. Avaliação da gestão terceirizada em uma unidade básica de saúde: resultados preliminares. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 23, n. 1, 2, 3, p. 45-56, 2009.

MENDES, T.M.C et al. Planos de Cargos, Carreiras e Salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. **Saúde em Debate** [online]. v. 42, n. 119 p. 849-861, 2018.

MINAYO M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

MORAIS, HMM et al. **Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2018, vol.34, n.1, e00194916. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000105017&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso no dia 31 de julho de 2020.

MOTTA, P. R. O estado da arte da gestão pública. **Revista de Administração de Empresas**, v. 53, n. 1, p. 82-90, 2013.

MUSCHELL J. Privatization in health. Health economics technical briefing note. Geneva: World Health Organization; 1995.

OLIVEIRA, C.M. et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): deságios para a gestão do trabalho. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.10, p.2999- 3010, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-2999.pdf> Acesso no dia 21 de junho de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual de Monitoramento e Avaliação dos Termos de Cooperação da Representação da OPAS/OMS no Brasil** – 1ª edição Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2016. 43p.: il.

PACHECO H.F, GURGEL JUNIOR G.D.; SANTOS, FAS ; FERREIRA, S.C.C; LEAL, E.M.M.. Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção dos gestores. **Interface(Botucatu)**, n. 20, n. 58, p. 585-95, 2016.

PIERANTONI, C.R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva** , vol.6 n. 12, p. 341-360, 2001

PIERANTONI, C.R.; VARELLA, T.C; SANTOS, M.R.; FRANÇA, T.; GARCIA, A.C. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, p. 685-704, 2008

PINTO, I. C. M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia**. 2004. 255p. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

REIS, M.C.; COELHO, T.C.B. Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28 n. 4, p. 1-32, 2018.

RIBEIRO, J. C. S.; DACAL, M. D. P. O. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 65-84, 2012. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000200006 Acesso no dia 21 de junho de 2019.

RIBEIRO, LMP; PEREIRA, JR; BENEDICTO, DC. **As Reformas da Administração Pública Brasileira: Uma Contextualização do seu Cenário, dos Entraves e das Novas Perspectivas**. XXXVII Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, setembro, 2013. Disponível em: <http://200.144.182.143/escolausp/wp-content/uploads/2015/05/Reformas-administra%C3%A7%C3%A3o-p%C3%BAblica-ANPAD-2013.pdf> Acesso no dia 21 de junho de 2019.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon et al . Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 237-251, Oct. 2014 .

SANTOS, T.B.S. Modelos Alternativos de Gestão na Atenção Hospitalar do SUS Bahia. 2017. 217 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

SANTOS, T.B.S., SOUZA, JS; MARTINS, JS; ROSADO, LB; PINTO, ICM. Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, P. 247-261, 018 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0247.pdf> Acesso no dia 21 de junho de 2019.

SANTOS, TBS; PINTO, ICM. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro v. 41, n. spe3, p. 99-113, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-

[11042017000700099&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](#) Acesso no dia 21 de Junho de 2019

SILVA, JPT. Análise da eficiência de hospitais regionais em um estado do Nordeste. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, P. 84-97, Jan-Mar 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43n120/84-97/pt> Acesso no dia 21 de Junho de 2019

TEÓFILO, T. J. S.; MOREIRA, A. E. M. M. A gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva dos gestores em Sobral-CE. **Cadernos ESP, Ceará**, v. 5, n. 2, p. 9-25, 2011.

TRAVAGIN, L.B. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **SAÚDEDEBATE** | Rio de Janeiro. v. 41, n. 115, p. 995-1006, 2017

VIANA, DL; MARTINS, C.L; FRAZÃO, P. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 57-78, 2018