

Aspectos de gestão orçamentária e financeira de unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de Organizações Sociais (OS)

Leonardo Luz da Silva* ; Leonardo Carnut**

*Especialista em Economia e Gestão em Saúde pela
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

**Docente do Curso de Especialização em Economia e Gestão em Saúde,
Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo

Com a Reforma da Gestão Pública Brasileira iniciada em 1995, permitiu-se a publicização dos serviços de saúde, vez que estes não configuram atividades exclusivas do Estado e poderiam ser submetidos às forças concorrenciais do mercado. Com a Lei Federal nº 9.637/98, observa-se no Brasil um movimento crescente de terceirização dos serviços de saúde através da assinatura de contratos de gestão (que, em resumo, estabelecem um conjunto de metas a serem alcançadas e um valor global de custeio a ser financiado pela Administração Pública) com essas entidades sem fim lucrativos, de direito privado, denominadas Organizações Sociais (OS). Considerando o aumento exponencial desse tipo de contratualização nos últimos anos e o fato de ocorrer repasse de importantes montantes de recursos financeiros públicos a entidades privadas, este estudo se utilizou da técnica da revisão integrativa para verificar sistematicamente o que existe na literatura científica sobre aspectos de gestão orçamentária e financeira de unidades de saúde sob gestão de Organizações Sociais(OS) no âmbito do SUS. Apenas 4 estudos (3,4%) dos 117 inicialmente elencados pela busca no portal da BVS abordaram, de fato, aspectos de gestão orçamentária e/ou financeira de unidades de saúde sob gestão de OS, sem, entretanto, conseguirem elucidar de que maneira os valores globais de custeio são calculados/planejados e/ou apresentar dados que demonstrem vantagem da adoção desse tipo de modelo em detrimento da administração própria. Diante da falta de publicações referentes ao tema, sugere-se que sejam realizados estudos mais aprofundados que permitam melhor compreensão e controle desse novo modelo de gestão.

Palavras Chaves: Serviços Terceirizados; Organização Social; Sistema Único de Saúde; Recursos Financeiros em Saúde; Orçamentos

1. INTRODUÇÃO

Em 1995 teve início no Brasil, por meio da criação do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), a Reforma da Gestão Pública ou Reforma Gerencial do Estado com a publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE) e o posterior envio para o Congresso Nacional da Emenda da Administração Pública que se transformaria na Emenda Constitucional 19/1998¹.

O objetivo da reforma implementada foi o de promover a “modernização”² da administração pública brasileira considerando a nova conjuntura mundial, marcada pela

¹ Informações extraídas do website Bresser-Pereira. [acesso em 28 set 2018]. Disponível em: <<http://bresserpereira.org.br/rgp.asp>>

² Há toda uma literatura científica que descreve o que significa “modernizar” em termos de gestão e interesses nas sociedades capitalistas (MARCELINO, 1998; IASI, 2017; DARDOT e LAVAL, 2016). O interesse na palavra “moderno” advém na ideia de transparecer algo “novo”, “inédito” e, portanto, necessariamente “melhor” do que em momentos anteriores. Esta relação imediata entre “moderno, logo, melhor” permanece viva no ideário social e, raramente, é questionada pelo senso comum. No âmbito do Estado Capitalista e, portanto, de

globalização, tornando-a mais “eficiente”³. Havia, nesse sentido, a proposta de mudança da então “administração burocrática” para a “administração gerencial”. Segundo Bresser-Pereira (1998), o Estado moderno deveria ser dividido em quatro setores que ajudaria a enxugar a máquina pública destinando-a, apenas, suas funções essenciais: núcleo estratégico, as atividades exclusivas, os serviços não exclusivos e a produção de bens e serviços para o mercado, com as seguintes atribuições:

a) Núcleo estratégico: corresponde aos três poderes e ao Ministério Público, ou seja, ao governo no sentido lato. É o setor que toma todas as decisões estratégicas, define as leis e as políticas públicas, e cobra o seu cumprimento; no poder executivo, compreende as atividades do Presidente da República, dos ministros e de seus auxiliares e assessores diretos;

b) O setor das atividades exclusivas do Estado: abrange o exercício de um poder que só o Estado pode exercer: o poder extroverso do Estado, ou seja, o poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar. Compreende as atividades da Polícia, da Fazenda, da Receita Federal, da Segurança Pública e da seguridade Social, entre outras;

c) O setor dos serviços não exclusivos - ou competitivos - do Estado: envolve atividades não referidas ao poder extroverso do Estado, realizadas simultaneamente pelo Estado, pelo setor privado e pelo setor público não estatal. Corresponde notadamente às áreas sociais (saúde e educação), culturais, de proteção ambiental e de pesquisa científica e tecnológica; e

d) O setor designado de bens e serviços para o mercado: corresponde à área de atuação de empresas estatais do segmento produtivo ou do mercado financeiro, e se caracteriza pelas atividades econômicas orientadas para o lucro. Compreende, por exemplo, as empresas do setor de infraestrutura do Estado.

Na reforma proposta, as atividades não exclusivas (ou competitivas) do Estado, como a saúde e a educação, deixariam de ser executadas diretamente por ele e passariam ao denominado setor público não-estatal, onde figurariam diversas modalidades de gestão das quais as organizações sociais (OS) são uma delas (DI PIETRO, 2002; BRESSER-PEREIRA, 2006).

Para Bresser-Pereira (1998), neste paradigma administrativo, o Estado atuaria mais como ente regulador e promotor dos serviços públicos e buscaria, preferencialmente, a “descentralização, a desburocratização e o aumento da autonomia de gestão”. Mas não é dito, que esta perspectiva está alinhada ao pensamento econômico de base keynesiano-fordista, a ideia do mercado regulado pelo Estado se assenta na perspectiva de que a intervenção de um Estado “forte” é problemática para o desenvolvimento da economia

sua gestão pública, o termo “modernizar” ajuda a conservar o *status quo* da sociedade, domesticando a luta de classes e “harmonizando” o social. Em Carnut e Mendes (2018) foi identificado como os discursos dos próprios gestores apelam à tecnicidade como exemplo do “modernizante” e à revelia do usuário e em intensa sintonia com o projeto da globalização financeira.

³ É importante atentar que a palavra “eficiente” é utilizada muitas vezes no sentido de “agilidade” e, portanto, mais ou menos alinhada à ideia de “eficiência administrativa”. Considerava-se, no debate à época que o controle dos processos administrativos, característica do modelo burocrático, produzia um serviço moroso e com dificuldades em produzir os resultados esperados. Contudo, no bojo da Contrarreforma Administrativa do Estado feita por Bresser-Pereira (1996), a ideia de eficiência foi assimilada pela racionalidade econômica, e portanto aliada à lógica de organizar a administração estatal na tentativa de “destravar” o Estado na execução de atos administrativos que permitam o “empresariamento” da gestão pública, pautada pela ideia camuflada de que a gestão privada é processualmente mais ágil, portanto, mais eficiente. Entretanto, essa confusão semântica, produz um ruído de entendimento/imprecisão de discurso que facilitou a penetrabilidade da “eficiência econômica”, confundindo-se com a “eficiência administrativa” na gestão pública. O fato é que a palavra eficiente sem seu qualificador, não ajuda em nada o debate delimitado sobre o tema (MENDES, CARNUT, 2017).

capitalista, e a pura desregulamentação é prejudicial para a consolidação dos direitos sociais aos moldes de uma inserção de terceiros que “agilizem” a prestação, e, portanto, o consumo, para uma faixa de novos consumidores no crescente mercado do setor de serviços (MONTAÑO, DURIGUETTO, 2010). Daí os serviços de saúde, assim como suas atividades operadas pelas políticas públicas, que têm no Estado como seu financiador, serem compreendidas, nesse paradigma, como atividades que podem ser delegadas à gestão privada sem maiores constrangimentos.

Um outro argumento que, no Brasil, tem sido muito utilizado no âmbito do senso comum para justificar as terceirizações da gestão no SUS tem sido a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que limita gastos com pessoal nas administrações públicas. Mesmo considerando o benefício trazido pela lei no que tange ao saneamento das dívidas internas das administrações públicas, especialmente no períodos de transição de governo, isso tem implicações nos setores de serviço em que há uso intensivo de recursos humanos, no qual a saúde é um caso exemplar. Contudo, o estudo de Medeiros et al. (2017), premiado pelo Ministério de Ciência e Tecnologia, comprova que, apesar das despesas totais com pessoal nos municípios apresentarem tendência de aumento nas médias anuais, as despesas com pessoal da área da saúde não acompanharam esse crescimento, refutando a hipótese inicial da necessidade das terceirizações em função da limitação com gasto de pessoal.

Embora não representem figura jurídica inédita, pois se inserem na ordem legal vigente sob a forma de associações civis sem fins lucrativos, vale dizer, pessoas jurídicas de direito privado, especialmente as organizações sociais constituem um novo modismo institucional (PAES DE PAULA, 2005). A novidade seria a qualificação mediante decreto, que habilitaria a entidade assim classificada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado por meio da assinatura de um contrato de gestão, com metas, indicadores de desempenho, etc., que garantem a efetividade dos serviços prestados ao público.

Contudo, o que se verifica na prática, é que os elementos gerenciais deste contrato (as metas, indicadores de desempenho) apresentam problemas operacionais que não corroboram com o que se pretende dos serviços de saúde em uma perspectiva pública (CARNUT, 2015). As metas e indicadores reproduzem a lógica privada e são eminentemente procedimentais reduzindo o escopo da saúde à mera assistência individual (MOTA, CARVALHO, 2003). A lógica do desempenho apresenta-se descrita como uma métrica, mas que se operacionaliza em modelos de avaliação importados da “gestão de empresas” e cuja essência traduz o desempenho como estratégia de sobrevivência de mercado (CARNUT, NARVAI, 2018). Ainda, a efetividade que se pretende mensurar não é devidamente qualificada e, quando ocorre tal qualificação não apresenta nexos causal imediato (e muitas vezes, nem mediato) com a prestação da assistência individual, reforçando a lógica do consumo de serviços em detrimento da prevenção coletiva, promoção da saúde e, portanto, autonomia relativa do sujeito em relação ao sistema de saúde. Como um adendo a todos esse elementos, o controle social sobre o desempenho da política de saúde (como conjunto desses serviços) é de alta agregação, difícil interpretação para o público leigo e facilmente manipulado por manobras estatísticas, requerendo um olhar especialista sobre estes dados (CARNUT, NARVAI, 2017).

Ainda assim, na tentativa de ater-se à definição jurídica, Modesto (1997) ajuda a cunhar uma definição operacional das OS podendo ser formulada nos seguintes termos: as Organizações Sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas

para atividades de relevante valor social; que independem de concessão ou permissão do poder público, criadas por iniciativa de particulares segundo modelo previsto em lei, reconhecidas, fiscalizadas e fomentadas pelo Estado. Já escapando do sentido meramente jurídico, as Organizações Sociais representam uma *forma de “parceria”⁴ do Estado com as instituições privadas de fins públicos* ou, por outro ângulo, uma *forma de participação popular na gestão administrativa*. Ainda segundo Modesto (1997), no aspecto da parceria, as organizações sociais definem-se como instituições do terceiro setor (pessoas privadas de fins públicos, sem finalidade lucrativa, constituídas voluntariamente por particulares, auxiliares do Estado na persecução de atividades de relevante interesse coletivo), pois possuem o mesmo substrato material e formal das tradicionais pessoas jurídicas privadas de utilidade pública.

É nesta celebração em que o “contrato de gestão” entre o poder público e as organizações sociais seria, portanto, o elemento fundamental desta proposta e que permitiria a administração gerencial almejada alcançar a prestação dos serviços que, por questões que “ultrapassaria a esfera da gestão”, não seriam realizados. Assim o contrato, prevê multas, resultados, prestação de contas, processos de fiscalização, modelo de estrutura e outros itens.

Lima (1996) define o contrato de gestão como instrumento gerencial originado da administração por objetivos (APO) ou administração sistêmica por objetivos e resultados. Segundo André (1993), o contrato consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e central, acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão, com o intuito de induzir à participação maior e à corresponsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas. Em contrapartida, a administração central concede à local maior autonomia gerencial, liberando-a do controle dos meios (controle do processo administrativo), que passa a ser realizado sobre os resultados alcançados.

Diante do contexto histórico exposto, a contratualização com OS foi oficialmente e inicialmente regulamentada pela Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998⁵ que estabeleceu um marco para o modelo no qual uma organização, que “nasce” dentro da estrutura do Estado, qualificada como OS, se habilita a prestar serviços públicos sem estar submetida às regras processuais rígidas de administração de pessoal, compras e contratos.

O governo do Estado de São Paulo, motivado pela necessidade de superar restrições fiscais e orçamentárias que o impediam de obter pessoal e equipamentos necessários ao funcionamento de hospitais novos, aderiu rapidamente à ideia de contratualização com OS

⁴ A palavra “parceria” tem sido utilizada pelo vocabulário gerencialista como eufemismo para a relação desigual entre interesse público e privado na contratualização de serviços por terceiros pela gestão pública. Em que pese o esforço do legislador em criar formas híbridas de gestão pública que congregue variados arranjos entre formas de propriedade, contratação de pessoal e personalidades jurídicas, é sabido que nas terceirizações os elementos que garantem o direito dos trabalhadores e dos usuários dos serviços prestados (contratação e personalidade) tende a serem flexibilizados e aqueles que reforçam o poder do Estado (patrimônio) são, no máximo, compartilhados. Isso demonstra uma inclinação proposital ao interesse privado, contemplando-o com mais esmero quando comparado ao interesse público. Este mecanismo proporciona vantagens jurídicas às organizações privadas o que as coloca em situação superioridade utilizando-se para isso a igualdade apenas “formal” proporcionada pela “ideologia do contrato” (relação livre entre os entes) com a entidade pública. Esta sutileza demonstra assim que as “parcerias” tratam-se mais de uma “delegação” de responsabilidade como afirma Di Pietro (2002) do que realmente uma parceria, no qual, se assim fosse, mesmo sob a retórica da escola da regulação, as partes deveriam estar equilibradas sob a lógica das “vantagens comparativas” tomando-se como escala de análise o nível do “agente-principal”.

⁵ Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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 [Internet]. Brasília, DF; 1998. [acesso em 28 set 2018]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm>

para o setor saúde, com a edição da Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998⁶ de iniciativa do Executivo estadual. Nesse modelo aplicado à área da saúde, mediante a assinatura de um contrato de gestão, o governo transfere recursos financeiros para que a Organização Social de Saúde (OSS) assuma a responsabilidade pelo gerenciamento de uma unidade de saúde, aplicando a estes instrumentos gerenciais característicos da administração privada.

No município de São Paulo a experiência foi adotada mais recentemente, com a edição da Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006⁷, sendo que a assinatura do primeiro contrato de gestão com uma OSS ocorreu em 2007. Desde então, a adoção deste modelo cresceu de maneira exponencial. Atualmente há 27 contratos de gestão vigentes na cidade, segundo dados obtidos no website da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP)⁸.

Esses três modelos (federal, estadual e municipal) tem uma base comum, de oferecer alternativas à rigidez burocrática da administração estatal. Todavia, o modelo adotado pelo município de São Paulo trouxe diferenças importantes em relação ao federal e ao estadual. A primeira delas é que a lei municipal aprovada permitia a pactuação com OSS para gerenciamento de hospitais novos e antigos (a legislação estadual, inicialmente, só permitia o gerenciamento de hospitais novos por OSS). A segunda é que a parceria poderia se referir a qualquer equipamento de saúde, e não somente a hospitais, considerando o papel legal que o ente município tem, de prover toda a rede de atenção básica.

Estabelecido o novo cenário de contratualização com o setor privado na área da saúde iniciado pelos entes da federação (mesmo que em diferentes momentos) e considerando que em questões ligadas à saúde, por não serem previsíveis e pela ausência das condições de “perfeita competição”, onde o consumidor não é soberano e é vulnerável, entre outras condições, a riscos e incertezas, à distribuição desigual da informação sobre a qualidade da assistência, à existência de barreiras no acesso e às chamadas “externalidades” (OCKE-REIS, ANDREAZZI, SILVEIRA, 2006), destaca-se a importância de se desenvolver dispositivos e mecanismos de controle e regulação das entidades privadas que passam a operar a assistência à população, vez que o poder público assume crescentemente o papel de regulador, e não mais de executor.

Nesse sentido, considerando, ainda, o aumento exponencial desse tipo de contratualização nos últimos anos e o fato de ocorrer repasse de importantes montantes de recursos financeiros públicos a estas entidades privadas, o presente trabalho tem o objetivo de verificar o que existe na literatura nacional sobre os aspectos de gestão orçamentária e financeira de unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de Organizações Sociais (OS).

2. MÉTODO

⁶ São Paulo. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências [Internet]. São Paulo, SP; 1998. [acesso em 28 set 2018]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei_complementar/1998/lei_complementar-846-04.06.1998.html>

⁷ São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais [Internet]. São Paulo, SP; 2006. [acesso em 28 set 2018]. Disponível em: <<http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-14132-de-24-de-janeiro-de-2006/consolidado>>

⁸ Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo [homepage da internet]. Acesso à Informação. Contratos e Parcerias [acesso em 28 set 2018]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347>

Para a elaboração da presente revisão integrativa percorreu-se as seguintes etapas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: o que existe na literatura nacional sobre os aspectos de gestão orçamentária e financeira de unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de Organizações Sociais (OS)?

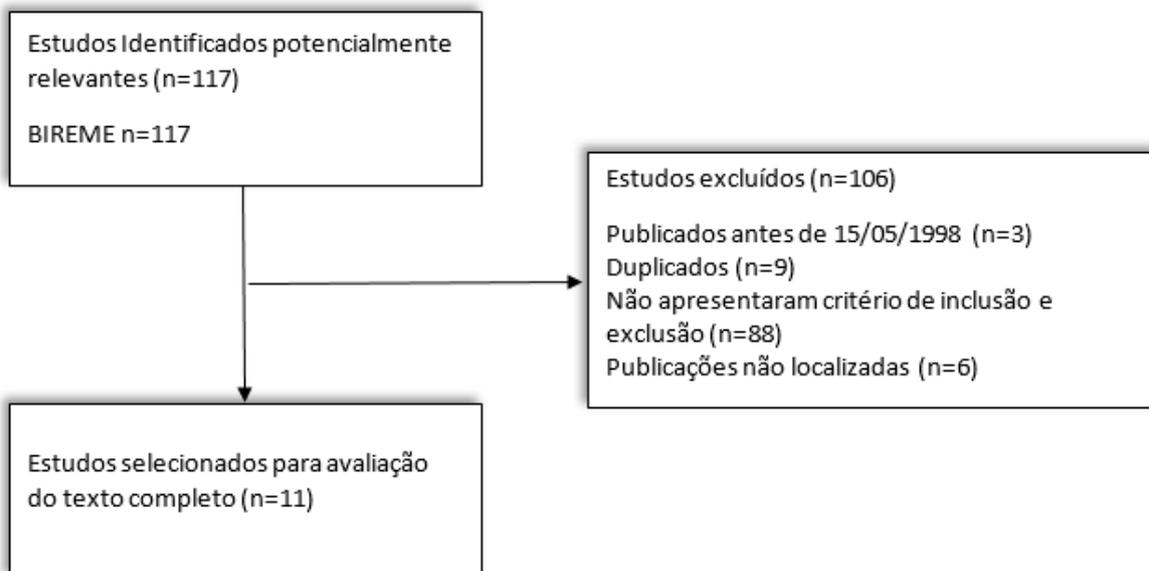
Para o levantamento dos estudos na literatura, realizou-se uma busca no Portal Regional da BVS e bases de dados indexadas a este portal. Foram utilizados descritores em ciências da saúde na língua portuguesa que foram agrupados em 3 diferentes grupos (população, contexto e fenômeno) fazendo-se uso da técnica de funil, sendo que optou-se, também, pela adição da busca por “título” utilizando a expressão "inserção privada" de modo a se obter nos resultados, complementarmente, a tese de doutorado de Pahim (2009), não captada pela estratégia de busca e que aborda aspectos relevantes da gestão financeira do modelo de OSS no Estado de São Paulo, gerando a seguinte sintaxe final: *(mh:(("servicos terceirizados" OR "servicos contratados" OR "organizacao social" OR "privatizacao" OR "instalacoes de saude" OR "servicos de saude" OR "hospitais públicos")) AND (mh:(("sistema unico de saude")) AND (mh:(("custos e analise de custo" OR "custos diretos de servicos" OR "avaliacao em saude" OR "gastos em saude" OR "gestao em saude" OR "controle de custos" OR "Eficiência" OR "Eficiência Organizacional" OR "orcamentos" OR "Recursos Financeiros em Saúde")))) OR (ti:(("inserção privada")))).*

Dos estudos encontrados, foram considerados apenas os estudos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, publicados após 15/05/1998 (marco da regulamentação das OSS pela Lei Federal nº 9.637/98), e que tangenciaram a temática de gestão orçamentária e/ou financeira de unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de Organizações Sociais (OS), sendo excluídos aqueles que não abordaram a temática, encontravam-se repetidos ou não puderam ser localizados na íntegra.

3. RESULTADOS

Dos 117 estudos potencialmente relevantes identificados inicialmente, após a análise de títulos e resumos, foram pré-selecionados 11 (9,4%). Após leitura completa destes, identificaram-se apenas 04 estudos (36,3%) que abordaram a temática de interesse desta revisão, sendo 02 teses para obtenção de título de doutorado; 01 tese para obtenção de título de mestrado e 01 trabalho classificado como não convencional. Os outros 07 estudos (63,6%), apesar de tangenciarem o tema de terceirização dos serviços de saúde por meio das OSS, não adentraram nos aspectos orçamentários e/ou financeiros. Surpreendentemente nenhum dos artigos publicados em revistas científicas constantes da busca sistematizada inicial e/ou pré-selecionados abordou com algum grau de relevância e/ou de detalhe os aspectos de gestão orçamentária e/ou financeira de unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de OS. Os achados dos estudos incluídos podem ser visualizados no Quadro 01.

Figura 1: Resultados da Estratégia de Busca de Estudos



Quadro 01. Artigos incluídos e respectiva metodologia, abordagem dos aspectos de gestão orçamentária e financeira de unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de Organizações Sociais (OS).

Autores (Ano)	Metodologia	Aspectos de gestão orçamentária e financeira de unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de Organizações Sociais (OS)
Ribeiro, Glauca (2018) (tese de doutorado)	Qualitativo	<p>(p. 270) Considerações Finais: No campo de atuação do SUS, dentre outras, estava previsto a saúde do trabalhador. Nada mais parecia oportuno e conveniente a não ser parcerias com o setor privado. O Brasil dependente da comunidade financeira internacional não teve opção de escolha: o PDRAE foi implementado no governo de Fernando Henrique Cardoso e a Emenda Constitucional n. 19/1998 preparou a ordem constitucional aos moldes da exigência orçamentária, financeira e fiscal que a comunidade internacional requeria para assegurar empréstimos financeiros para fins de custear os gastos públicos e o endividamento brasileiro. Privatizações, terceirizações, agências reguladoras, instrumentos legais inspirados no sistema jurídico internacional, tais como PPPs, OSs, OSCIPs vieram em profusão para dar sustentação à nova ordem socioeconômica pátria. (...) A estabilidade na relação contratual entre Poder Público e setor privado era essencial para evitar contratos não executados ou precariamente realizados e incertezas na relação jurídica entre as partes. Passam a ser cruciais os aspectos contratuais e pós-contratuais, assim como a competência nitidamente delineada do órgão regulador como condicionantes do processo legal, político e regulatório. A história recente demonstra esse panorama de Administração Pública descentralizada e terceirizada.(...)O processo de publicização de entidades privadas sem fins lucrativos atuando em nome do Poder Público é um fenômeno também confirmado pelo TCU (TC 017.783/2014-3). A uma, porque muitos municípios possuem estrutura precária e a parceria com tais entidades é importante para prestação de serviços na área da saúde; a duas, porque o SUS enfrenta dificuldades de contratar médicos e profissionais da saúde, ora pela localização longínqua dos centros urbanos, ora pelas remunerações dos servidores públicos municipais limitados ao teto do subsídio do prefeito, por força constitucional, ora porque a especialização desses profissionais é significativa, o que causa desestímulo a remuneração ofertada pelo município, como também outro fator agrava essa situação, uma vez que a LRF (Lei Complementar n. 101/2000) também impõe limites para gastos com pessoal, o que dificulta a ampliação dos quadros das secretarias de saúde, não restando alternativa ao ente federativo que não seja celebrar parcerias com tais entidades. Os percalços detectados e confirmados em minha pesquisa, como também pelo TCU, IBGE e todos os pesquisadores que se debruçam a analisar o assunto, são inúmeros, além dos já citados. Mas o ponto fundamental de criticidade é um só com suas peculiares ramificações, a falha de gestão de governança, a saber: (i) ausência de um planejamento adequado; (ii) falta de análises que indiquem que a terceirização é a melhor opção ao caso analisado; (iii) omissão de estudo capaz de demonstrar eventuais vantagens na contratação de profissionais via entidades privadas; (vi) ausência de orçamento prévio contendo estimativa orçamentária; (vii) existência de desempenho de funções administrativas de natureza não eventual e de caráter tipicamente operacional e contínuo, sem a realização de concurso público; (viii) serviços prestados com valor acima dos preços praticados no mercado, o que evidencia superfaturamento; (ix) utilização de instrumento jurídico diverso ao exigido em lei para que se celebre o vínculo entre a Administração Pública e a sociedade civil; (x) desvio de finalidade na aplicação dos recursos públicos. Esses fatores são ampliados, consoante os Indicadores de Desenvolvimento Sustentável: Brasil 2012, publicado pelo IBGE (Item 3.4) com o crescimento das entidades da sociedade civil</p>

		<p>sem fins lucrativos. Isso porque além do descontrole administrativo da máquina estatal, ainda tem o mecanismo da terceirização a reforçar tais falhas, sob o ângulo do controle externo e de gestão. Um outro agravante exaspera a situação do aparelho estatal na área da saúde, o que implica na situação caótica administrativa e que repercute nas atuações terceirizadas: (i) o subfinanciamento crônico do SUS causado pela instabilidade do Orçamento da Seguridade Social e da captura dos seus recursos por outras áreas, configurando um quadro de desmonte no respectivo Sistema.(...)a respeito de custos com Saúde vale destacar os dizeres do Min. Rel. Ricardo Lewandowski sobre o subfinanciamento da Saúde (NR 640), em virtude dos constituintes derivados impuserem o escalonamento temporal previsto no art. 2º da EC 86/2015 ao estipular um piso aos gastos com a Saúde (Medida cautelar na ADI N. 5.595-STF/DF)786, ao trazer à tona um dado curioso acerca do orçamento público: “os valores nominais alocados no orçamento da União para Saúde desde 2011: (i) 2011 - R\$ 71 bilhões; (ii) 2012 - R\$ 91,7 bilhões; (iii) 2013 - R\$ 99,8 bilhões; (iv) 2014 - 106 bilhões; (v) 2015 - 91,5 bilhões (corte de 11,7 bi em relação à 2014); (vi) 2016 - 88,9 bilhões (necessidade de corte de 2,5 bi em relação à 2015). Como se nota, a partir de 2015, ocasião em que as novas regras começaram a vigor, houve um corte considerável nas verbas alocadas para a saúde”, conclui o Ministro Ricardo Lewandowski.(...)Mesmo com as dificuldades de controle e supervisão dos contratos e convênios administrativos, o crescimento da terceirização é fato notório. Problemas de toda ordem se vislumbra: (i) terceirizados mal remunerados; (ii) capacitação precária dos terceirizados; (iii) alta rotatividade empregatícia nas pessoas jurídicas terceirizadas; (iv) a ocorrência do fenômeno da “pejotização”, em destaque no Amazonas;(v) o descontrole administrativo e suas repercussões na prestação de serviços da saúde. Mesmo assim, não se detecta arrefecimento do instrumento da terceirização no âmbito da Administração Pública brasileira. Ainda mais quando se trata da área da saúde, cujas demandas são vastas e os recursos escassos.</p>
Carnut e Narvai (2016)	Revisão narrativa	<p>O foco do estudo recaiu sobre a forma direta como a contratualização de resultados vem sendo expressa em avaliações de desempenho dos sistemas de saúde e teceu crítica inicial ao conteúdo em que o controle administrativo do Estado vem delineando no setor saúde. Entretanto, não abordou aspectos de gestão orçamentária e financeira de unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de Organizações Sociais (OS).</p>
Tamelini et al. (2016)	Manual de Orientações Técnicas	<p>O manual descreve como deve ser realizado o monitoramento técnico da produção ambulatorial e hospitalar no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), inclusive de unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS). Todavia, não aborda a aspectos de gestão orçamentária e financeira de unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de Organizações Sociais (OS).</p>
Barbosa e Malik (2015)	Qualitativo e Analítico	<p>Apesar de referenciar teoricamente a relação contratual entre poder público e parceiro privado (OS ou OSCIP) como um dos principais mecanismos de formalização dentro do conceito de PPP (parceria público privada), o estudo fez análise apenas da implantação de 24 PPP (modelo diferente de OS ou OSCIP) no Brasil no setor saúde e não abordou aspectos de gestão orçamentária e financeira de unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de Organizações Sociais (OS).</p>

Araújo (2015)	Revisão Crítica	O estudo aborda a questão da saúde e seu processo de privatização no país, compreendendo a relação público-privada do financiamento da saúde e seus novos modelos de gestão. Cita transferências de recursos financeiros governamentais para o setor privado-público (que é o setor privado que recebe recursos do Estado para prestar ou gerir serviços), todavia, não aborda a aspectos de gestão orçamentária e financeira de unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de Organizações Sociais (OS).
Leite, Adriana (2014) (tese de mestrado)	Estudo de caso com abordagem qualitativa, descritiva e analítica	(p. 134) 7. Considerações Finais: No Brasil, o título de organização social é uma qualificação conferida pelo Governo a entidades não governamentais que atuam nas áreas de educação, pesquisa científica, ensino, cultura, meio ambiente ou saúde, para torná-las aptas a realizar, mediante contratos de gestão serviços públicos não exclusivos. Em Pernambuco, nos últimos cinco anos, esse processo está ocorrendo de forma célere e intensa com o crescimento das parcerias com as organizações sociais na gestão de serviços públicos de saúde e o conseqüente aumento das transferências de recursos para essas organizações, configurando a mudança do modelo de gestão nos serviços de saúde. Quando o Estado transfere atividades anteriormente desempenhadas diretamente por ele, deve surgir, concomitantemente, um Estado Regulador, por meio das Agências Reguladoras. Em Pernambuco, a ARPE apresentou estrutura insuficiente para a consecução da fiscalização dos objetivos transferidos às organizações sociais de saúde, sobretudo no que diz respeito à implementação de políticas públicas. No entanto, além da necessidade do fortalecimento do controle interno governamental, por meio das Agências Reguladoras, é preciso que os órgãos de controle externo, como Ministério Público e Tribunal de Contas se adaptem aos novos padrões, pois as mudanças ocorridas nos últimos anos, em Pernambuco, modificaram o aparato estatal. A fiscalização dos Tribunais de Contas, no exercício de sua missão constitucional, torna-se peça fundamental na diminuição da assimetria de informação, mediante a publicização do comparativo de metas e resultados contido no relatório de execução do contrato de gestão.
Ferreira et al. (2014)	Qualitativo e descritivo	Estudo destaca a criação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) para gestão de unidades hospitalares, consideradas de enorme complexidade, custo e importância na rede de atenção à saúde. Todavia, não aborda a aspectos de gestão orçamentária e financeira de unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de Organizações Sociais (OS).
Santos, José Guilherme Wady (2013) (tese de doutorado)	Qualitativo	O estudo abordou as interfaces entre a gestão dos processos de trabalho e os modos de produção do cuidado realizados por profissionais de saúde que atuam no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), na região metropolitana de Belém-PA, e como estes profissionais têm enfrentado os possíveis dilemas presentes nesse contexto. Tangencia o tema de flexibilização na gestão de pessoal e ao crescimento de contratação de mão de obra, culminando na terceirização de pessoal, geralmente realizada por cooperativas, OS e OSCIP, todavia, não aborda a aspectos de gestão orçamentária e financeira de

		unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de Organizações Sociais (OS).
Pahim, Maria Luiza Levi (2009) (tese de doutorado)	Estudo de caso com abordagem qualitativa, descritiva e analítica	<p>(p. 154) 7. Considerações Finais: Sob o ângulo da gestão financeira do modelo OSS, o contrato de gestão constitui um instrumento importante como mecanismo que explicita necessidades específicas de serviços por parte daquele que deve planejar a oferta de assistência à saúde em âmbito estadual, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contudo, os elementos que este estudo encontrou sugerem que o governo estadual não foi capaz de criar uma lógica de controle financeiro por resultados, a qual deveria ser parte integrante de uma estratégia que retira do setor público a responsabilidade pela provisão dos serviços e a transfere ao setor privado, o qual opera em condições de atuação flexíveis. O estudo não permitiu inferir a importância efetiva dessa fragilidade do modelo OSS em termos de suas consequências, econômico-financeiras. Ressalte-se que o movimento geral de ajuste dos preços médios dos serviços de saúde que parece ter ocorrido no ano de 2007 sugere uma postura da Secretaria de privilegiar um controle centrado na fixação de um limite superior de expansão de cada unidade. Em outras palavras, o fato de o controle financeiro ser frágil não significa, conforme já se mencionou, que não haja qualquer controle. Porém, se há efetivamente um desconhecimento com relação aos determinantes dos custos financeiros das unidades em regime de OSS por parte da SES/SP, a imposição de tetos financeiros pode gerar cortes de natureza também pouco clara, que fazem sentido do ponto de vista mais primário da lógica da restrição orçamentária, mas podem eventualmente ocasionar efeitos indesejáveis em outras dimensões do atendimento. Por outro lado, aprimorar o sistema de monitoramento financeiro do modelo OSS parece uma tarefa possível. Porém, ela necessariamente terá que levar em conta que os sistemas de informações do SUS deverão, pelo menos num futuro próximo, se manter como a principal fonte de dados para a construção de um modelo de pagamento e controle que procure medir a complexidade e os custos das atividades das unidades de saúde em regime de OSS. É de se questionar até que ponto tais sistemas podem alimentar adequadamente sistemas de monitoramento de complexidade, dada sua lógica de identificação da produção de serviços de saúde. É bastante provável que a afirmação de que o modelo OSS tem fragilidades do ponto de vista da gestão financeira gere comparações com o modelo de gestão de unidades de saúde diretamente pelo Estado. De fato, invariavelmente a defesa do modelo OSS se baseia na afirmação de que as unidades de saúde geridas como OSS têm melhores indicadores de desempenho recebendo menor volume de recursos que as unidades geridas diretamente pelo setor público. Contudo, conforme sinalizado no capítulo 3, tomando-se como base o ano de 2002 verifica-se que as despesas relacionadas a custeio de unidades de saúde geridas diretamente apenas acompanharam a inflação, sendo que as despesas com funcionários ativos ficaram um pouco abaixo do crescimento médio dos preços. Por outro lado, os gastos com o modelo OSS integram os grupos de despesas que ganharam mais espaço no orçamento da Saúde desde então. Em que pese esse comportamento ser reflexo do fato de que foi sob este modelo que o sistema público estadual de saúde se expandiu nos últimos anos, a análise da condução da sua gestão financeira feita no capítulo 5 indica que essa comparação deve ser interpretada com cautela, tendo em vista as dificuldades de se avaliar quão adequado e aceitável é o custo financeiro do modelo OSS. De fato, comparações entre unidades de saúde geridas diretamente pelo governo estadual e administradas nos moldes do modelo OSS podem ser tentadoras, mas há questões difíceis de serem ponderadas nesse tipo de análise. Em primeiro lugar, há uma dificuldade prática de isolar corretamente todas as informações relacionadas ao dispêndio dos recursos em ambos os modelos. Em segundo lugar, é preciso questionar até que ponto faz sentido a comparação entre dois modelos de gestão atualmente vigentes na esfera estadual dado que um deles foi eleito pelo governo como a forma preferencial de expansão do sistema de saúde.(...)De qualquer forma, o aprofundamento dessa discussão se apresenta como fundamental, tendo em vista não apenas a</p>

		<p>intenção do governo estadual de expandir o modelo OSS mas também dada a constatação de que, cada vez mais, estratégias desse tipo têm sido adotadas por todo o Brasil. O risco, conforme se procurou argumentar, é de que, em contrapartida à flexibilidade administrativa associada a esses modelos – cuja eficiência do ponto de vista financeiro, como se sugeriu, é de medição no mínimo complexa – tais estratégias acabem patrocinando indevidamente o fortalecimento dos subsistemas privados de saúde pela via da redução dos custos de provisão dos seus serviços, e contribuindo ainda para fragilizar o sistema previdenciário.</p>
Barata e Mendes (2007)	Não descrita	<p>O processo de avaliação dos hospitais das OSS foi implantado desde o início dessa nova forma de gestão e inclui a comparação com os indicadores publicados pelo Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde - PROAHSA/Fundação Getúlio Vargas - FGV, que envolvem uma amostra de 140 a 150 hospitais de pequeno, médio e grande porte, públicos e privados do Estado de São Paulo. Em estudo realizado pela equipe da Secretaria de Estado da Saúde, ao compararmos esses indicadores tendo como base os dados disponíveis em 12 hospitais gerenciados pelas OSS (1º semestre de 2003) e do PROAHSA do 4º trimestre de 2002, demonstra-se a qualidade e bons resultados quanto aos recursos humanos empregados (relação enfermeiro leito; 0,27 OSS e 0,24 PROAHSA e relação funcionários/leito; 4,46 OSS e 4,34 PROAHSA) e indicadores de ocupação dos serviços (88,3% OSS e 63,5% PROAHSA). Destaca-se a taxa de cesáreas nas OSS, bastante inferior à média da amostra dos hospitais do PROAHSA (25,4% OSS e 78,2% PROAHSA).(...)Também foram realizados estudos de comparação de gastos e produtividade entre os hospitais públicos da Administração Direta e aqueles gerenciados pelas OSS. Embora existam dificuldades para se estabelecer estas comparações, uma vez que o registro de dados de produção e gastos não possui a mesma qualidade nos diferentes serviços, todos os levantamentos realizados apontaram maior eficiência nos hospitais das OSS, com menores gastos médios por internações e outros procedimentos realizados nestes hospitais, em relação aos hospitais de mesmo porte, da Administração Direta. Estudo realizado em parceria pelo Banco Mundial, o Ministério da Saúde e por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz em um programa de pesquisas que visava fortalecer e aperfeiçoar o desempenho hospitalar no Brasil, também comprovou eficiência das OSS. Esse estudo baseado em dados de 2003, comparou 12 hospitais das OSS e 10 hospitais da administração direta, com perfis semelhantes, demonstrando a maior eficiência técnica (capacidade de produzir o máximo de resultados com data quantidade de insumos) dos hospitais das OSS (Costa NR e Ribeiro JM, FIOCRUZ (2005)). O estudo destacou que com o mesmo nível de recursos em 2003, os hospitais das OSS produziram 35% mais altas em geral em relação aos leitos que ofertaram; 61% mais altas cirúrgicas em relação aos leitos que ofertaram; 62% mais altas de clínica médica em relação aos leitos que ofertaram; 65% mais altas de clínica obstétrica em relação aos leitos utilizados. Seus autores afirmam ainda que, <i>“As OSS têm indicadores de mortalidade geral levemente melhores do que as unidades em regime de administração direta. Isso significa que sob as mesmas condições de ofertas de leitos e disponibilidade de recursos financeiros, as OSS em 2003 produziram mais altas e menos óbitos ocorreram nos hospitais gerenciados pelo modelo organizacional.”</i>(...)No caso da quantidade horas médicas contratadas, os autores destacam que há evidências de diferenças significativas na contratação de pessoal: <i>“Os hospitais no regime de OSS utilizam um número significativamente menor de horas médicas quando comparados ao grupo controle da administração direta. Operam com uma oferta de horas equivalentes a 70% do que exige de trabalho médico as organizações da administração direta.”</i> Os autores observam ainda que <i>“As OSS utilizam a autonomia na composição de pessoal e na definição do perfil de cargos e salários para realizar um investimento expresso na contratação de horas de trabalho profissional da enfermagem, ao contrário do que se verifica para o</i></p>

		<p><i>staff profissional médico. As OSS contrataram 33% mais horas de profissionais de nível superior de enfermagem do que as organizações da administração direta em 2003.</i>” (Costa NR e Ribeiro JM, FIOCRUZ (2005)). Em nova análise realizada e apresentada pela equipe da Unidade de Redução da Pobreza e Gestão Econômica da Região da América Latina e Caribe do Banco Mundial, comparando os recursos humanos das OSS com os hospitais estaduais da administração direta, o relatório destaca que <i>“Os dados indicam que os hospitais OSS contratam mais enfermeiras bem qualificadas e menos médicos. Este é exatamente o tipo de composição de equipe que os analistas de saúde defendem como sendo a melhor forma de garantir atenção de qualidade a menor custo. Além disso, o número de profissionais por leito hospitalar nos hospitais da administração direta foi consideravelmente maior, em média, que dos hospitais OSS e privados na amostra do nosso estudo.”</i> (Banco Mundial, Relatório 2006).(...) Em estudo que comparou em 2005, 13 hospitais gerenciados por OSS (totalizando 2.998 leitos), com 13 hospitais da Administração Direta (totalizando 2.925 leitos), de porte e com características de atendimento semelhantes, pode-se notar que com um orçamento 8% maior, os hospitais gerenciados pelas OSS obtiveram um gasto médio por saída do leito 24% menor. Em 2006 o estudo foi repetido e pode-se notar que as diferenças entre os hospitais da administração direta e das OSS têm se reduzido (gasto médio por saída do leito 9,8% menor nos hospitais OSS). Tal fato decorre do aperfeiçoamento gradativo do desempenho dos hospitais da administração direta, decorrente do grande investimento realizado nestes hospitais, tanto em materiais como em recursos humanos (aquisição de novos equipamentos, manutenção, novas normas criadas pelo Estado para garantir a lotação adequada de profissionais na rotina e nos plantões, etc.).</p>
Giusti, Maria Isabel Leal (2003) (tese de mestrado)	Estudo de caso, qualitativo e quantitativo	<p>Trata-se de estudo de caso, no qual o objeto foi a implantação de um sistema de gestão orçamentária em instituições públicas de saúde. O Estudo se passa no Projeto REFORSUS, em especial o Projeto Piloto de Modernização Gerencial em Grandes Estabelecimentos de Saúde e investiga e identifica os principais aspectos da introdução da administração orçamentária nos hospitais públicos, no período de julho de 2001 a dezembro de 2002. Apesar de Identificar as contribuições da mesma para a melhoria da administração econômico-financeira hospitalar e da administração dos recursos destinados à área de saúde de cada Estado, não aborda a aspectos de gestão orçamentária e financeira de unidades de saúde no âmbito do SUS sob gestão de Organizações Sociais (OS).</p>

4. DISCUSSÃO

A tese de Ribeiro (2018) percorre momentos sócios-históricos, econômicos e políticos que de alguma maneira influenciaram a criação do SUS no Brasil e, ao mesmo tempo, modificaram o modo de atuação da Administração Pública no país e no mundo. Destaca que na Reforma de Estado dos anos 90, que culminou com a adoção do PDRAE e trouxe o conceito de gestão de governança, ou seja, capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência, foi o ponto em comum alçado à condição de objetivo global dos setores elencados na referida reforma estatal, limitando a esfera de ação do aparelho do Estado àquelas funções que lhe são próprias, estipulando, de pronto, a possibilidade de terceirização ou privatização dos serviços não-exclusivos. O trabalho traz informações sobre o problema do subfinanciamento crônico do setor saúde (causado pela instabilidade do Orçamento da Seguridade Social e da captura de seus recursos por outras áreas) e aumento dos gastos dos estados e municípios com saúde. Destaca a discussão judicial sobre a constitucionalidade das OS, pacificada pela ADI 1923 MC/DF, onde o Supremo Tribunal Federal (STF) consolidou o preceito constitucional de cogestão da atividade do SUS, assegurando parcerias entre Poder Público e sociedade civil como soluções de colaboração, atenuando a Administração Pública de encargos secundários na qual que se reservam ao Estado apenas a supervisão e o controle de atividades administrativas e posição do Tribunal de Contas da União (TCU), em processo nº TC 023.410/2016-7, sobre solicitação do Congresso Nacional a respeito da possibilidade de celebração de contratos de gestão com organizações sociais por entes públicos na área de saúde e da forma de contabilização dos pagamentos a título de fomento nos limites de gastos de pessoal previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal (LFR) - Lei Complementar 101/2000, sugerindo que cumpre ao Congresso Nacional avaliar a oportunidade e a conveniência de legislar sobre a matéria de modo a suprir omissão do tema na LFR que não contabiliza os valores de contratos de terceirização de mão de obra como despesa total com pessoal. O trabalho critica, inicialmente, de maneira geral, o aumento da despesa do orçamento do governo federal com terceirização de pessoal (sem pormenorizar em que setores isso acontece) e evidencia o forte crescimento do número de fundações privadas e associações sem fins lucrativos no período de 1996 (66,5 organizações por cada 100.000 habitantes) e 2005 (184,4 organizações por cada 100.000 habitantes), conforme dados do IBGE. Em seguida o trabalho se apoia em relatório de auditoria realizada em órgãos públicos de estados e municípios situados na Bahia, Maranhão, Paraná, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, elaborado pelo TCU em processo nº TC 017.783/2014-3, para basear sua crítica sobre a falta de análises que indiquem ser vantajosa a terceirização através da contratação de entidade privada para disponibilização de profissionais de saúde e, considerando a terceirização como opção, qual seria a melhor alternativa, efetuando a comparação em termos de custos e produtividade; sobre a falta de orçamento prévio contendo estimativa orçamentária que deve integrar os autos de qualquer processo que resultará a aplicação de recursos públicos; e dos serviços prestados com valor acima dos preços praticados no mercado, evidenciando superfaturamento. O trabalho ilustra situações inerentes de atividades terceirizadas (como, por exemplo, alta rotatividade e remuneração menor em relação às atividades tipicamente contratantes), sem todavia explorar a temática no setor saúde. E por fim, faz uma análise da gestão terceirizada no Estado do Amazonas entre 2014 e os dias atuais elencando críticas, principalmente, devido à falta de controle da execução orçamentária e financeira do contrato por parte do setor público e baixos salários da mão de obra terceirizada, resultando em sua alta rotatividade. Em suma, a análise sem metodologia descrita percorreu unicamente consulta em sistema de informação em saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), onde se observou o tipo de vínculo empregatício dos

profissionais do SUS que prestam serviços de saúde no Estado do Amazonas. Apesar das críticas da falta de orçamento prévio contendo estimativa orçamentária, da falta de controle da execução orçamentária e financeira do contrato por parte do setor público e da baixa remuneração da mão de obra terceirizada, o trabalho não pormenoriza como os processos de contratualização se deram no Estado do Amazonas no período estudado e, por consequência, não detalha os aspectos de gestão orçamentária e financeira.

A dissertação de Leite (2014) analisou informações provenientes do Estado do Pernambuco. Percorreu, principalmente, o crescente volume de recursos repassados às OSS, no período de 2010 a 2013 (com variação de 334,22% entre o valor repassado em 2010 e o valor repassado em 2013). Observa-se também aumento percentual de 173,28% do montante empenhado para despesa com saúde considerando o valor em 2009 e 2012. O trabalho destaca que os hospitais gerenciados por OS receberam, nos exercícios de 2010 e 2011, recursos em um montante superior a hospitais estaduais de grande porte em Pernambuco, levando à conclusão da necessidade precípua de aperfeiçoamento de controle sobre as entidades do terceiro setor. Trouxe informações sobre unidades hospitalares (da administração direta) que se tornaram, a partir de 2010, unidades gestoras executoras, do processamento orçamentário e financeiro dos recursos a elas repassados, bem como da obrigatoriedade de prestar contas ao Tribunal de Contas do Estado (TCE-PE), utilizando o sistema denominado e-FISCO, onde é possível observar onde foi gasto cada centavo de recurso repassado pelo Fundo Estadual de Saúde. Entretanto, destaca que as unidades sob gestão de OS estão dispensadas da utilização de tal sistema, dificultando as atividades de controle externo por parte do TCE-PE, Ministério Público, dentre outros. Pormenorizou-se a estrutura de valores dos contratos de gestão, sendo que a parte fixa corresponde ao percentual de 60% do valor dos repasses e a parte variável corresponde a 30% com base na produção e 10 % com base na adesão aos indicadores de qualidade e o limite de até 70% para o gasto com despesa de pessoal. O trabalho critica o fato de as informações de aplicação de recursos repassados às OSS serem encaminhadas via nota fiscal, mensalmente, para a SES-PE e o fato de não serem computadas as subvenções concedidas a essas entidades, além de não incluir o cálculo de quanto o Estado deixa de arrecadar com as imunidades concedidas a essas entidades, além da renúncia fiscal decorrente das isenções e incentivos fiscais a que tais entidades têm direito (NUNES, PAES, 2016), quando da assinatura do contrato de gestão. O trabalho também critica o fato de o modelo de gestão por OS seguir a lógica da administração por resultados desconhecendo como foram escolhidos fornecedores para determinado item ou serviço e que, em 2013, o Governo Estadual publicou a Lei Estadual nº 15.210 onde se observam avanços quanto ao melhor controle dos recursos públicos repassados. Entretanto, a autora destaca que não há um processo específico de prestação de contas para os contratos de gestão firmados entre as organizações sociais de saúde e o Estado. Em 2014, o TCE-PE publicou a Resolução nº 01, estabelecendo normas relativas à composição das contas referentes ao exercício de 2013, ampliando o conteúdo das informações e documentos obrigatórios que devem compor o processo de contas anual do órgão repassador de recursos para as OS. Apesar de indicar o crescente volume repassado às OS ano após ano e pormenorizar os valores que compõem os contratos de gestão, o estudo não evidencia de que maneira se dá o cálculo dos valores estabelecidos nos contratos. A ação de transformar as unidades hospitalares em unidades gestoras executoras, do processamento orçamentário e financeiro dos recursos a elas repassados se mostra como uma interessante ação para verificação de análise de comportamento de receitas e despesas que podem ajudar o gestor público na tomada de decisão quando em confronto com valores apresentados por unidades gerenciadas por OS em unidades com complexidade e capacidade de atendimento similar. Nota-se, portanto, um abismo de acesso

às informações, inclusive, por parte de órgãos de controle externo vez que as unidades gerenciadas por OS não estão obrigadas a utilizar o sistema criado que permite melhor entendimento sobre os componentes orçamentários e financeiros e, em tese, deveriam ser fiscalizadas por departamentos de controle interno dentro do próprio órgão público contratante.

Pahim (2009) destaca em sua tese, em primeiro lugar, que o gasto total da Pasta Saúde do Estado de São Paulo cresceu 28,3% (já deduzidos os gastos relativos ao pagamento de serviços pela condição de Gestão Plena do Sistema Estadual) em termos reais entre 2002 e 2007, sendo que a maior parte do crescimento concentrou-se na Administração Direta (35,1% contra 8,2% da Administração Indireta) e que os valores gastos com despesas de gestão terceirizada aumentaram 58,5% no mesmo período. A autora inclusive sugere que, de alguma maneira, o aumento do ritmo de destinação de recursos próprios da SES-SP à Saúde, ocorrido especialmente a partir de 2004, esteve relacionado ao processo de ajuste aos parâmetros da Emenda Constitucional nº 29/2000⁹ (EC 29), o qual deveria se concluir definitivamente naquele mesmo ano¹⁰. Observa-se que, em vários anos do período, as transferências de recursos aos municípios e às entidades privadas sem fins lucrativos responderam por parcela importante dos gastos totais. Em suma, a análise feita permitiu verificar que uma parcela expressiva do ganho de espaço da Saúde no orçamento do Estado de São Paulo foi destinada à expansão do modelo OSS, cujas despesas mais que dobraram nos últimos cinco anos. Explica que o contrato de gestão estabelece um valor estimado para os seus cinco anos de vigência em contrapartida à provisão de determinados serviços e à própria gestão da unidade de saúde em questão, além de especificar um montante de recursos financeiros a ser repassado durante o primeiro ano, em parcelas mensais, para o custeio dessas atividades. Em relação à maneira que se estabelece o repasse anual de custeio das atividades de cada unidade de saúde, conforme informam Costa e Ribeiro (2005), para o primeiro ano de vigência do contrato essas receitas seriam formadas por três elementos: 1) o valor dos serviços de internação e de atendimentos ambulatoriais faturados junto aos sistemas de informação para faturamento do SUS – o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informação Ambulatoriais (SIA) –, que seria repassado diretamente à entidade gerenciadora com base em convênio tradicional junto à SES/SP para prestação de serviços ao SUS; 2) o repasse, por parte do governo estadual, de montante equivalente a 50% do valor do faturamento de internações e atendimentos ambulatoriais; 3) o repasse, por parte também do governo estadual, de um valor fixo adicional. No segundo ano de vigência, não haveria o repasse deste valor fixo adicional, mas era previsto aporte de recursos caso comprovada a existência de desequilíbrio econômico-financeiro por parte da gerenciadora e justificada sua origem. A partir do ano 2000, as entidades interessadas precisariam entregar um plano operacional contemplando a “discriminação dos serviços a serem oferecidos à população” e a “estimativa dos custos econômico-financeiros para a operacionalização dos serviços propostos”. O ponto de partida para a elaboração deste plano são “necessidades assistenciais” estabelecidas pela SES/SP, ou seja, o rol de serviços solicitados e respectivas quantidades, sendo que a partir de 2001, o faturamento dos serviços de saúde junto ao SIH-SUS deixaram de balizar as receitas das unidades administradas como OSS, as quais passaram a ser compostas exclusivamente de repasses feitos pelo governo estadual. As

⁹ Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde [Internet]. Brasília, DF; 2000. [acesso em 13 mai 2019]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm >

¹⁰ A Emenda Constitucional nº 29/2000 fixou percentuais mínimos de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde para União, estados e municípios, os quais deveriam ser atingidos gradualmente. Para os estados, a Emenda estabeleceu tais gastos em no mínimo 12% da receita de impostos, percentual que deveria ser atingido no ano de 2004.

avaliações quanto ao desempenho da unidade em relação às metas quantitativas e aos indicadores de qualidade são realizadas semestralmente para os indicadores quantitativos e trimestralmente para o caso dos indicadores de qualidade. Relata-se que a cláusula que estabelece a possibilidade de descontos parece funcionar mais como salvaguarda contratual e que os aportes de recursos para cobertura de déficits não são incomuns, e também é relativamente frequente a celebração de aditivos contratuais embutindo redução de metas quantitativas ao longo do ano sem alteração do valor do repasse financeiro global. Em 2011 estabeleceu-se restrição de pagamentos de salários e vantagens aos dirigentes e empregados das unidades administradas por OSS não podendo exceder a 70%. Também estabeleceu-se limite para vencimento dos dirigentes e empregados não podendo ultrapassar valores praticados no mercado. Ponto interessante é que, em 2002, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE-SP) editou instrução obrigando as referidas entidades a publicarem no Diário Oficial do Estado o plano de cargos, salários e benefícios da unidade de saúde em regime de OSS, bem como o regulamento de compras de bens e à contratação de serviços e obras. Tal normativa não estabelece, entretanto, regras que orientem o plano de cargos e salários ou o regulamento de compras. A SES-SP também possui sistemas próprios alimentados pelas unidades gerenciadas por OSS, para melhor controle de suas atividades, além das registradas no Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares. No sistema interno da SES-SP capta-se informações gerenciais de receitas e despesas, bem como de custos das diversas atividades (utiliza-se o método de custeio por absorção). Por conta dessa nova sistemática de coleta de informações, a partir de 2002, as diversas modalidades de assistência no contrato de gestão passaram a admitir as realidades particulares de cada unidade, balizados pelo sistema de apuração de custos que geram preços médios dos serviços. O estudo mostra que “ficou evidente que há limites para a análise comparada dos preços médios de determinadas modalidades, já que, por vezes, os serviços abrangidos por uma mesma modalidade variam significativamente em termos de sua composição, o que ocorre tanto quando se observa o conjunto dos hospitais como quando se considera um mesmo hospital ao longo do tempo.” Por fim, a crítica da autora gira em torno de que o novo modelo adotado pela SES-SP admite um nível de variabilidade de preços aparentemente muito amplo e que se observou também expressiva heterogeneidade no perfil das unidades de saúde sob gestão de OS (com base nos registros de internações feitos pelos hospitais em estudo no SIH-SUS), o que sugere que o papel de arbitragem que a SES-SP deve desempenhar no processo de formação de preços se dá a partir de uma posição frágil, ressaltando que as decisões quanto à alocação de recursos no modelo não são apoiadas por uma referência que se contraponha ao custo individual de cada unidade de saúde, de forma que fica muito difícil construir uma avaliação segura sobre essas questões no âmbito da própria gestão financeira operada pela SES/SP. O estudo contribuiu com lacunas importantes para o entendimento de aspectos orçamentários e financeiros do modelo de gestão por OSS, notadamente quanto à formação de valores globais estabelecidos nos contratos de gestão no âmbito do Estado de São Paulo, bem como suas atualizações. Trouxe também questionamentos importantes, em especial, quando exhibe que não há contraponto para a alocação de recursos que, atualmente, baseia-se em sistema de custo individual de cada unidade de saúde.

O estudo de Barata e Mendes (2007), do tipo não convencional, não apresenta metodologia clara para apresentação dos dados. Realizou-se quatro análises. A primeira (elaborada pela equipe da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo -SES-SP) compara dados de 12 hospitais gerenciados por OSS no Estado de São Paulo no 1º semestre de 2003 com indicadores publicados pelo Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde - PROAHS/A Fundação Getúlio Vargas - FGV, que

envolvem uma amostra de 140 a 150 hospitais de pequeno, médio e grande porte, públicos e privados do Estado de São Paulo referentes ao 4º trimestre de 2002; a segunda (baseada em pesquisa realizada pelo Banco Mundial, Ministério da Saúde e por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz) compara dados, de 2003, de 12 hospitais gerenciados por OSS e 10 hospitais da administração direta, com perfis semelhantes, em relação à eficiência (relação alta/leito total e horas médicas contratadas mensais); a terceira (elaborada pela equipe técnica da SES-SP) compara dados de 13 hospitais gerenciados por OSS e 13 hospitais da administração direta, em relação à produção no ano de 2005; e a quarta repete este estudo considerando o ano de 2006. Ao observar o estudo de 2005, pode-se notar que com um orçamento 8% maior, os hospitais gerenciados pelas OSS obtiveram um gasto médio por saída do leito 24% menor; já no estudo de 2006, pode-se notar que as diferenças entre os hospitais da administração direta e das OSS têm se reduzido (gasto médio por saída do leito 9,8% menor nos hospitais OSS). Nos dois últimos trabalhos, os autores se utilizam de dados internos da própria SES-SP e não adentram com riqueza de detalhes em aspectos de gestão orçamentária e financeira das unidades gerenciadas por OSS. Também não é possível observar descrição das unidades comparadas. Todavia, evidenciam orçamentos maiores nos hospitais gerenciados por OSS quando em comparação com hospitais da administração direta sendo que a relação entre as diferenças de ambos orçamentos cresceu 5,4% de 2005 para 2006. Superficialmente, o estudo que avaliou eficiência analisa apenas dois indicadores, desconsiderando toda complexidade que a palavra “eficiência” exige quando colocada como resultado comparativo e que envolve unidades hospitalares.

Dentre os demais estudos incluídos, 05 deles apesar de tangenciarem o tema de terceirização dos serviços de saúde por meio das OSS, não adentraram nos aspectos orçamentários e/ou financeiro que se propôs analisar nessa revisão integrativa; o estudo de Barbosa e Malik (2015) focou exclusivamente em Parcerias Público-Privadas (PPPs)¹¹ no setor saúde. Apesar de as PPPs se constituírem como modelo alternativo à celebração de contrato de gestão com entidade sem fins lucrativos qualificada como OS, para a transferência do gerenciamento de um serviço público, juntamente com a utilização de infraestrutura pública¹², tal modelo apresenta características diferentes do modelo de contratualização com OSS e, por essa razão, os resultados obtidos não são passíveis de comparação entre os modelos. A dissertação de mestrado de Giusti (2003) apesar de ter realizado análise de implantação de um sistema de gestão orçamentária em instituições públicas de saúde, não considerou unidades de saúde sob o modelo de gestão por OS.

Por fim, ao se analisar os resultados elencados nos 4 estudos destacados anteriormente, bem como as dificuldades observadas em cada um deles, verifica-se que o Estado de São Paulo possui estrutura avançada para o manejo de aspectos orçamentários e financeiros de unidades sob gestão de OSS, notadamente com o sistema interno da SES-SP para apuração de receitas, despesas e custos destas unidades. Inclusive Costa e Ribeiro (2005) apontam evolução do contrato de gestão das OS com a SES-SP, mostrando que as formas de financiamento, a partir de 2001, ficaram atreladas ao orçamento de custeio pré-fixado e ao orçamento de investimento analisado para cada atividade e/ou serviço proposto e que a produção de cada unidade hospitalar também ficou atrelada ao orçamento de atividade que por sua vez é vinculado ao orçamento econômico-financeiro. Contudo, tal sistema admite um

¹¹ Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. [Internet]. Brasília, DF; 2004. [acesso em 20 abr 2019]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm>

¹² Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório de Auditoria. Processo nº TC 017.783/2014-3. Código eletrônico AC-0352-05/16-P [Internet]. Brasília, DF; 2016. [acesso em 20 abr 2019]. Disponível em: <http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/Acord/20160226/AC_0352_05_16_P.doc>

nível de variabilidade de preços aparentemente muito amplo e expressiva heterogeneidade no perfil dos serviços sob contrato de gestão, de modo que as decisões quanto à alocação de recursos no modelo não são contrapostas por uma referência diversa do custo individual de cada unidade de saúde. O Estado de Pernambuco avança no mesmo sentido e, ainda, inova transformando hospitais da administração própria em unidades gestoras executoras, do processamento orçamentário e financeiro dos recursos a elas repassados, o que pode contribuir para o entendimento das diferenças entre os custos observados em unidades sob gestão de OSS e as sob administração direta e ajudar na discussão que envolve as possíveis vantagens/desvantagens do modelo. Não se observam informações precisas quanto à situação desse modelo de gestão no Estado de Amazonas, mas traz à tona discussões relevantes e inerentes de qualquer processo de terceirização, em especial, a precarização dos vínculos empregatícios.

5. CONCLUSÃO

Diante do exposto acima, fica evidente a falta de publicações referente ao tema que envolve aspectos financeiros e orçamentários de unidades de saúde sob gestão de OSS, apesar do marco oficial da criação das OS completar 11 anos em 2019. Importante destacar que quase todos os trabalhos ilustraram expansão do modelo de publicização no setor saúde e gastos cada vez maiores com a utilização do modelo de gestão por OS, o que pode torná-lo insustentável/inviável em futuro próximo, considerando o subfinanciamento crônico instalado do sistema público de saúde e as políticas de restrição orçamentária recentemente implantadas no país. Há de se considerar um obscurantismo quanto ao cálculo dos valores estabelecidos nos contratos globais e os trabalhos demonstraram dificuldades das próprias Pasta da Saúde em realizar o controle interno destes, seja por falta de recursos humanos, seja por falta de capacitação desses servidores em relação à temática ou pela própria dificuldade de se ter acesso a mais dados. Os órgãos de controle externo, apesar de recentes esforços, também apresentam dificuldades em estabelecer regras e orientações que podem ajudar os gestores públicos a melhor compreender e controlar o novo modelo de gestão, bem como estabelecer publicidade dos dados para maior transparência à sociedade vez que se trata de dinheiro público repassado a entidades privadas mesmo que sem fins lucrativos. Sugere-se, portanto, que sejam realizados mais estudos que possam permitir melhor compreensão/entendimento e controle desse novo modelo de gestão na área da saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

André M. Contratos de gestão como instrumentos de promoção de qualidade, produtividade no serviço público. Indicadores de Qualidade e Produtividade, 1993; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IPEA; 1993.

Araújo IMM. Direito à saúde: aspectos do modelo neodesenvolvimentista brasileiro e da privatização da saúde. Rev. Direito Sanit. 2015; 16(1):128-145.

Barata LRB, Mendes JDV. Organizações Sociais de Saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde – Centro de Documentação; 2007 [acesso em 20 abril 2019]. Disponível em: <<http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1688>>

Barbosa AP, Malik AM. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil: análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. *Rev. adm. pública*; Set-Out 2015; 49(5): 1143-1165.

Bresser-Pereira LC, Spink P. *Reforma gerencial do Estado e Administração Pública Gerencial*. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 316.

Bresser-Pereira LC. Da administração pública burocrática à gerencial. *Revista do Serviço Público* 1996; 47(1):1-28.

Bresser-Pereira LC. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Editora 34; 1998.

Carnut L, Mendes A. Capital-Estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública. *Argumentum*. 2018; 10(2):108-121.

Carnut L, Narvai PC. Accountability e o sujeito individuado: a questão do controle do desempenho do sistema de saúde pela sociedade civil. In: *Anais do VI Congresso Online de Gestão, Educação e Promoção da Saúde - Área: Participação Cívica em Saúde*; 8-11 nov 2017; São Paulo. São Paulo: Convibra. 2017; 6:1-13.

Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde Soc*. 2016; 25(2):290-305.

Carnut L, Narvai PC. Controle social e avaliação de desempenho de sistemas de saúde em tempos de webcontrole. *Saúde em Debate*. 2018; 42(118):744-756.

Carnut L. *Crítica a modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde [tese de doutorado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2015

Costa NR, Ribeiro JM. Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social. *Relatório da Pesquisa*. In: *Em Busca de Excelência: Fortalecendo o Desempenho Hospitalar em Brasil*. Banco Mundial; 2005.

Dardot P, Naval C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Editora Boitempo; 2016.

Di Pietro MSZ. *Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas*. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002. Introdução; p. 15-16.

Ferreira VRS et al. Inovação em serviços de saúde no Brasil: análise dos casos premiados no concurso de inovação na administração pública federal. *Rev. adm. Pública*. 2014; 48(5):1207-1227.

Giusti MIL. *Administração orçamentária em hospitais públicos: estudo de caso [dissertação de mestrado]*. São Paulo: FGV-EAESP; 2003.

Iasi M. Política, Estado e ideologia na trama conjuntural. São Paulo: Instituto Caio Prado Jr; 2017.

Leite ADMGN. Organizações sociais de saúde e controle externo: uma análise a partir do Tribunal de Contas de Pernambuco [dissertação de mestrado profissional]. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz; 2014.

Lima SML. O contrato de gestão e modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. Revista de Administração Pública. 1996; 30(5):201-235.

Marcelino GF. Governo, imagem e sociedade. Brasília: Fundação Centro de Formação do Servidor Público – FUNCEP; 1998. p. 176. (Coleção de Administração Pública).

Medeiros KR, Albuquerque PC, Tavares RAW, Souza WV. Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. Ciência & Saúde Coletiva. 2017; 22(6):1759-1769.

Mendes A, Carnut L. A saúde pública continua na mira do austero Banco Mundial. Revista Domingueira da Saúde. 2017; (27):4-14.

Modesto PEG. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. Revista do Serviço Público. 1997; 48(2):27-57.

Montaño C, Duriguetto ML. Estado, classe e movimento social. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2010.

Mota E, Carvalho DM. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia e Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.

Nunes A, Paes JES. Terceiro setor: controle e fiscalização. 2. ed. São Paulo: Método, 2006.

Ocké-Reis CO, Andreazzi MFS, Silveira FG. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? Revista de Economia Contemporânea. 2006; 10(1):157-185.

Paes de Paula AP. Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2005. p. 204.

Pahim MLL. Organizações Sociais de Saúde do estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2009.

Ribeiro GMA. O Sistema Único de Saúde ante as perspectivas da terceirização administrativa [tese de doutorado]. Manaus: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em parceria com a Universidade do Estado do Amazonas (UEA); 2018.

Santos JGW. O Cotidiano de profissionais de saúde e suas interfaces com a gestão dos processos de trabalho em um hospital universitário da Região Metropolitana de Belém-PA [tese de doutorado]. Belém: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (UFPA); 2013.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Regiões de Saúde. Monitoramento da produção ambulatorial e hospitalar: manual de orientações técnicas [coordenado por Rosana Maria Tamelini; elaborado por Helena Caruso Torres et al; revisado por Dirceu Juski Junior]. São Paulo (SP); 2016.