

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO E SOCIOECONÔMICAS – ESAG
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

WALTER VICENTE GOMES FILHO

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE EM SANTA CATARINA:
A VISÃO DE SEUS STAKEHOLDERS**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

WALTER VICENTE GOMES FILHO

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE EM SANTA CATARINA:
A VISÃO DE SEUS STAKEHOLDERS**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de Mestre em Administração do Curso de Mestrado Profissional em Administração da ESAG/UDESC. Área de Concentração: Gestão Estratégica das Organizações. Linha de Pesquisa: Gestão da Coprodução do Bem Público.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a Paula Chies Schommer

Florianópolis
2012

WALTER VICENTE GOMES FILHO

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE EM SANTA CATARINA:
A VISÃO DE SEUS STAKEHOLDERS**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Administração, na área de concentração de Gestão Estratégica das Organizações, linha de pesquisa de Gestão da Coprodução do Bem Público, e aprovada em sua forma final pelo Curso de Mestrado Profissional em Administração da Universidade do Estado de Santa Catarina, em 15 de maio de 2012.

Data de Aprovação: 15 de maio de 2012.

Banca Examinadora

Orientadora:

Prof^a Paula Chies Schommer, Dr^a
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Membro:

Prof. Leonardo Secchi, PhD
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Membro:

Prof. Wladimir Taborda, Dr.
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

“De longe, o maior prêmio que a vida oferece é a chance de trabalhar muito e se dedicar a algo que valha a pena”. (Theodore Roosevelt)

AGRADECIMENTOS

Sempre é bom agradecer e lembrar que nada se conquista sozinho. Assim, gostaria de deixar registrado, neste momento ímpar de minha vida, meus sinceros agradecimentos a todos que de uma forma ou de outra contribuíram para que eu chegasse aqui, no auge dos meus 45 anos, com a fé e a esperança de que a cada dia construímos um mundo melhor.

Em especial, gostaria de agradecer:

A Deus, que me proporcionou ser quem eu sou;

A minha mãe Dna. Nilma, que contribuiu dando tudo de si, nesta árdua tarefa;

A minha esposa Ana Lúcia e ao meu filho Walter, pela compreensão nos momentos de ausência, e pelo amor que demonstraram todo este tempo;

Aos meus irmãos Wilfredo e Vitor pelo exemplo de luta, perseverança e sucesso;

À "familhada" toda na pessoa da Tia Memelha;

A Professora Paula Chies Schommer, por aceitar ser minha orientadora no meio do caminho, por me transferir tantos conhecimentos e por sua dedicação e compreensão nos momentos difíceis;

A Professora Jane Iara Pereira da Costa, por aceitar o meu projeto inicial e proporcionar meu ingresso no programa;

Aos Professores Leonardo Secchi e Wladimir Taborda, por aceitarem ser membros da banca de avaliação desta dissertação, agregando seus conhecimentos e melhorando o resultado final desta produção;

A todos os Professores e Professoras do programa e ao pessoal da Secretaria, com um carinho especial pelo acolhimento em meu retorno à escola em que me graduei. A todos, todos, todos... Não falo em nomes, pois seria injusto com alguém... Aqui estou em casa e entre irmãos;

Aos servidores da Gerência de Coordenação das Organizações Sociais, e da Superintendência de Planejamento e Gestão da SES/SC, pela competência em enfrentar os desafios impostos todos os dias a quem quer ser de fato SERVIDOR, na pessoa da Drª Ana Luiza Curi Hallal e sua equipe;

A todos aqueles que acreditam que o SUS possa ser o melhor e maior Sistema Pùblico de Saúde do mundo, e que pelo aprendizado e sua evolução possa suprir as necessidades de todos os brasileiros em suas demandas por saúde.

RESUMO

O estudo aqui apresentado trata de analisar as Organizações Sociais de Saúde – OSS sob os pontos de vistas de seus *stakeholders*, como forma de chegar-se ao entendimento das múltiplas faces que envolvem o gerenciamento de unidades públicas de saúde por meio de contratos de gestão estabelecidos entre Organizações Sociais e a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. A pesquisa resgata conceitos relativos a modelos de gestão pública advindos da Administração Pública Tradicional, da Nova Gestão Pública do Novo Serviço Público como maneira de entender posicionamentos dos *stakeholders* e a participação das Organizações Sociais de Saúde no Sistema Único de Saúde, no âmbito do processo de reforma do Estado Brasileiro, nas últimas décadas. Analisa e formula propostas para serem acrescidas aos contratos de gestão advindos dos posicionamentos dos stakeholders e da análise e caracterização dos contratos de gestão vigentes em Santa Catarina. Ainda, é desenvolvida uma avaliação da satisfação dos usuários de quatro hospitais gerenciados por Organizações Sociais. A pesquisa desenvolvida caracteriza-se como quali-quantitativa quanto à abordagem; documental, bibliográfica e levantamento quanto aos meios e; exploratória e descritiva conclusiva quanto aos fins. Os dados foram levantados em documentos, bibliografia, entrevistas e aplicação de questionários no período de dezembro de 2011 a março de 2012. Verificados posicionamentos dos *stakeholders*, houve a possibilidade de analisá-los e sugerir melhorias nos contratos de gestão, objetivando contribuir para avanços em governança e *accountability*.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Organizações Sociais de Saúde. Modelos de Administração Pública. *Accountability. Stakeholders.*

ABSTRACT

The study presented here analyze Social Organizations of Health under the views of its stakeholders as a way to get to the understanding of the multiple facets that involve the management of public health units through management contracts established between Social Organizations and the Santa Catarina Secretary of Health. The research presents concepts related to public management models arising Traditional Public Administration, New Public Management and New Public Service for understanding stakeholders positions and participation Social Organizations of Health in Brazilian Health System, under the reform process of Brazilian State in recent decades. Analyzes and formulates proposals to be added to the management contracts arising from placements of stakeholders and the analysis and characterization of management contracts in effect in Santa Catarina State. Still, it developed an assessment of user satisfaction in four hospitals managed by Social Organizations. The research developed characterized as qualitative-quantitative, documentary and bibliographical, exploratory and descriptive conclusive. The documents, bibliography, interviews and questionnaires were collected and made from December 2011 to March 2012. At the end, verified positions of stakeholders, there was the possibility to analyze it and suggest improvements in management contracts, aiming to contribute to advances in governance and accountability.

Keyword: Brazilian Public Health System. Social Organizations of Health. Public Administration Models. Accountability. Stakeholders

LISTA DE SIGLAS

ALESC	Assembleia Legislativa de Santa Catarina
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANTT	Agência Nacional de Transporte Terrestre
APT	Administração Pública Tradicional
BDTD	Banco de Teses e Dissertações
BSC	Balanced Score Card
CAF	Comissão de Avaliação e Fiscalização
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CSS	Coordenadoria de Serviços de Saúde da SES/SP
FAHECE	Fundação do HEMOSC e do CEPON
FEHOESC	Fundação dos Hospitais do Estado de Santa Catarina
FUCRI	Fundação Universitária de Criciúma
HEMOSC	Hemocentro de Santa Catarina
HHDS	Hospital Hans Dieter Schmidt
HJAF	Hospital Infantil Jeser Amarante Faria
HRA	Hospital Regional de Araranguá
IBICIT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do SUS
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Atenção à Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
NSP	Novo Serviço Público
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparato do Estado
PNP	Programa Nacional de Publicização
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS	Sistema de Acompanhamento dos Relatórios de Gestão do SUS
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SINDSAUDE	Sindicato do Trabalhadores em Saúde
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TELEBRAS	Sistema de Telecomunicações do Brasil
TRE	Tribunal Regional Eleitoral
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1- Modelos teóricos de administração pública e <i>accountability</i>	44
Ilustração 2- Distribuição das principais OSS em funcionamento no país.....	50
Ilustração 3- Diferentes tipos de <i>stakeholders</i>	55
Ilustração 4- Processo de melhoria do relacionamento com os <i>stakeholders</i>	57
Ilustração 5- Critérios de avaliação da qualidade do serviço.....	62
Ilustração 6- Distribuição dos percentuais de resposta dos <i>stakeholders</i> indicados.....	69
Ilustração 7- Fluxo metodológico resumido.....	71
Ilustração 8- Distribuição do hemocentro em território catarinense.....	73
Ilustração 9- Meta contratada x produção realizada no HEMOSC em 2011.....	75
Ilustração 10- Comparativo entre metas contratadas e quantidades produzidas do HJAF/2011.....	79
Ilustração 11- Municípios de origem dos pacientes atendidos no HJAF em 2011.....	80
Ilustração 12- Comparativo entre quantidades contratadas e produzidas do HRSMO em 2011.....	84
Ilustração 13- Municípios de origem dos pacientes atendidos no HRSMO em 2011.....	84
Ilustração 14- Tipos e classificação dos <i>stakeholders</i>	110
Ilustração 15- Respondentes.....	112
Ilustração 16- Número de vezes que o respondente utilizou o serviço.....	113
Ilustração 17- Evolução em termos de melhoria do atendimento e da qualidade dos serviços.....	114
Ilustração 18- Dispersão entre os múltiplos serviços utilizados.....	114
Ilustração 19- Satisfação com relação às instalações físicas do hospital.....	115
Ilustração 20- Satisfação com relação ao funcionamento e atualização dos equipamentos.....	115
Ilustração 21- Satisfação com relação à rapidez no atendimento na emergência.....	116
Ilustração 22- Satisfação com relação à efetividade dos serviços.....	117
Ilustração 23- Satisfação com relação ao tempo de agendamento.....	117
Ilustração 24- Satisfação com relação ao atendimento médico.....	118
Ilustração 25- Satisfação com relação ao atendimento de profissionais não médicos.....	118
Ilustração 26- Satisfação com relação à confiabilidade e segurança.....	119
Ilustração 27- Satisfação com relação à cordialidade.....	120
Ilustração 28- Satisfação com relação à clareza nas orientações.....	120

Ilustração 29- Satisfação com relação à competência dos profissionais.....	121
Ilustração 30- Satisfação com relação à humanização do serviço.....	122
Ilustração 31- Satisfação com relação à higiene, organização e limpeza.....	122
Ilustração 32- Número de respostas por atribuição de nota média.....	123
Ilustração 33- Constatações e Sugestões de <i>Accountability</i> na Terceirização da Saúde Catarinense.....	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Estudo comparativo entre hospitais de administração direta e OSSs.....	51
Tabela 2 - Frequência e percentuais de resposta indicativa dos <i>stakeholders</i>	67
Tabela 3 - Comparativo de execução de metas do HEMOSC de 2011.....	75
Tabela 4 - Comparativo de execução de metas do CEPON em 2011.....	77
Tabela 5 - Comparativo entre metas contratadas e quantidades produzidas do HJAF/2011...	79
Tabela 6 - Comparativo entre quantidades contratadas e produzidas do HRA em 2011.....	82
Tabela 7 - Comparativo entre quantidades contratadas e produzidas do HRSMO em 2011...	83

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1 A REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	23
2.2 AS REFORMAS DO ESTADO E MODELOS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	28
2.2.1 As reformas estatais no Brasil e a gestão da saúde	35
2.2.1 Os novos modelos gerenciais e a <i>accountability</i> democrática.....	37
2.3 ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE.....	45
2.4 ANÁLISE DE STAKEHOLDERS.....	52
2.5 AVALIAÇÕES DA QUALIDADE DO SERVIÇO NA OPINIÃO DOS STAKEHOLDERS USUÁRIOS.....	59
3 METODOLOGIA.....	64
4 RESULTADOS DA PESQUISA.....	72
4.1 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO ESTADO DE SANTA CATARINA.....	72
4.1.1 Contrato de gestão n. 01/2007 – OSS FAHECE/HEMOSC.....	73
4.1.2 Contrato de gestão n. 02/2007 – OSS FAHECE/CEPON..	76
4.1.3 Contrato de gestão n. 01/2008 – OSS Nossa Senhora das Graças/hospital materno infantil DR. Jeser Amarante Faria.....	77
4.1.4 Contrato de gestão n. 01/2010 – OSS Fundação São Paulo Apóstolo/hospital regional Hans Dieter Schmidt.....	80
4.1.5 Contrato de gestão n. 02/2010 – OSS fundação educacional de Criciúma/hospital regional de Araranguá Dep. Afonso Guizzo.....	81
4.1.6 Contrato de gestão n. 03/2010 – OSS Associação beneficente hospitalar Peritiba/hospital regional de São Miguel do Oeste.....	83
5 AS OSS CATARINENSES NA VISÃO DOS STAKEHOLDERS.....	86
5.1 POSICIONAMENTO DOS STAKEHOLDERS.....	87
5.1.1 O papel do Estado na saúde pública.....	87
5.1.2 As dificuldades do gerenciamento direto de hospitais públicos.....	90
5.1.3 A participação da sociedade e o SUS.....	92
5.1.4 O papel do Estado e a gestão de unidade de saúde.....	95
5.1.5 O SUS como modelo de sistema público de saúde.....	98
5.1.6 O gerenciamento de unidades públicas de saúde por OSSs.....	102
5.1.7 A <i>accountability</i> como força para o modelo de gestão por OSS.....	107

5.2 POSICIONAMENTO DOS USUÁRIOS DAS OSSs CATARINENSES.....	110
5.3 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DAS OSSs CATARINENSES.....	111
6 ANÁLISE E SUGESTÕES/CONSIDERAÇÕES PARA OS GESTORES DA SES.....	124
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS.....	137
APÊNDICES.....	144

1 INTRODUÇÃO

O estudo aqui apresentado trata de analisar as Organizações Sociais de Saúde – OSS sob o ponto de vista de alguns *stakeholders*, como forma de chegar-se ao entendimento das múltiplas faces que envolvem o gerenciamento de unidades públicas de saúde por meio de contratos de gestão estabelecidos entre as Organizações Sociais e a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Entendem-se *stakeholders* tal como conceituados originalmente por Freemann (1984), ou seja, como pessoas, grupos ou instituições que se mostram interessadas em um determinado projeto, processo ou organização ou que podem influenciar ou serem influenciados, afetar ou serem afetados pelos seus objetivos e resultados.

O estudo faz um resgate do processo da Reforma do Estado conduzido a partir dos anos 1980 no Brasil, no que se refere aos seus reflexos no acesso e na qualidade aos serviços em saúde pública à população. Parte-se da promulgação da Constituição Federal do Brasil de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, considerando seus processos de construção e pactuação dentro do contexto nacional do SUS, focalizando seus dispositivos legais e a dimensão territorial do Estado de Santa Catarina.

No contexto da Reforma do Estado, o trabalho apresenta elementos de uma discussão polêmica relativa ao tamanho e ao papel do Estado. Entre outros modelos de desmobilização do aparato estatal, focaliza-se a substituição da gestão direta de certas atividades por modelos de terceirização, nos quais a execução de atividades antes consideradas de caráter eminentemente estatal passa a ser realizada pelo setor privado, com a participação de novos *stakeholders* na prestação de serviços à sociedade (CARNEIRO JR.; ELIAS, 2003).

Dentre os vários modelos de terceirização que surgiram com a Reforma do Estado, um tem se destacado no gerenciamento de serviços públicos de saúde por meio de parceria estabelecida por um contrato de gestão entre o Estado e Organizações Sociais de Saúde – OSSs.

Conceitualmente, Organização Social – OS corresponde a um título de qualificação conferido pelo Poder Público, a partir da Reforma do Estado conduzida pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE, em 1995, que culminou com a edição da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. O título de OS pode ser concedido a instituições sem fins lucrativos, pessoas jurídicas de direito privado, direcionadas ao desenvolvimento de atividades de valor social, que independentemente de concessão ou permissão do Poder Público para operar, foram concebidas por iniciativa de particulares dentro de parâmetros e

modelos previstos em lei. Desta maneira, podem ser reconhecidas, fiscalizadas e fomentadas pelo Estado (MODESTO, 2006). As Organizações Sociais surgiram como alternativa à intervenção direta do Estado, notadamente em setores como pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde (ALMEIDA, 2004).

A relação entre o Estado e as OSSs é definida por meio de contratos de gestão. Segundo Pacheco (2004), os contratos de gestão são um acordo-quadro, um contrato de resultados ou, ainda, um instrumento de gestão que define parâmetros da relação entre o poder público, como responsável pela formulação de políticas públicas e de sua gestão, e entidades a eles vinculadas, como prestadoras de serviços públicos. Nos contratos de gestão, destacam-se elementos que objetivam a promoção de flexibilidade, transparência de custos, melhor desempenho, aumento da qualidade, produtividade, eficiência e efetividade na prestação de serviços públicos, além da ênfase a um par de atributos inseparáveis contidos no cerne da nova gestão pública: autonomia de gestão e compromisso prévio com resultados.

A base do contrato de gestão no Brasil, segundo Vargas (2006), parece advir da França, como evolução dos contratos de programa, contratos de empresa, contratos de plano e contratos de objetivos. Estes instrumentos foram implantados ao longo do tempo, com o objetivo de aumentar a eficiência e estabelecer a relação dos órgãos vinculados ao Estado e às diretrizes do governo (VARGAS, 2006).

Os primeiros contratos de gestão catarinenses na área de saúde foram celebrados em 2007 com uma fundação sem fins lucrativos que já mantinha parceria com o estado de Santa Catarina de longa data, a Fundação de Amparo ao HEMOSC e CEPON - FAHECE. Desde então, foram celebrados mais quatro outros contratos, buscando-se aperfeiçoar o modelo por meio de novos editais de concursos de projetos e novos contratos de gestão, inserindo naqueles mais recentes o conhecimento e a aprendizagem adquirida com as experiências anteriores. Os contratos diferem, portanto, entre si, sendo que o mais recente tem a intenção de definir metas mais ousadas e mecanismos de cobrança e prestação de contas mais eficientes (SANTA CATARINA, 2012).

Há que se considerar que, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, observaram-se inúmeras inovações em áreas e setores de atuação eminentemente estatal, por meio, dentre outros, de um conjunto de artigos que constituem o seu Título VIII: da Ordem Social. Foram criadas e implementadas políticas de proteção social (seguridade social), dentre as quais um sistema público de saúde. A partir dali, não apenas trabalhadores com carteira assinada, mas universalmente todos, independente de sua condição social, tiveram acesso a

um sistema público de saúde, sem serem tratados como indigentes, como era a prática até então. No artigo 196 da CF encontra-se a seguinte redação:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Alguns anos antes houve uma primeira tentativa de criação de um sistema público de saúde, pós reforma sanitária, com a edição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde, o SUDS. Mas foi somente a partir da promulgação da CF de 1988 e das leis 8.080/90 e 8.142/90 que surgiu o Sistema Único de Saúde – SUS, que tem como princípios gerais, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011):

- Universalidade - a saúde é um direito fundamental de todo ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno gozo e o acesso, a atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.
- Equidade – é o princípio que trata a todos com igualdade, garantindo justiça social, buscando diminuir desigualdades, tratando desigualmente os desiguais, investindo mais onde existe maior carência.
- Integralidade - significa a garantia do fornecimento de um conjunto de ações desde o nível mais básico ao mais complexo por meio de serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso da assistência. Envolve ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos seus níveis.
- Descentralização e Comando Único – diz respeito a um único gestor ser responsável por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, conduzindo a negociação com os prestadores e assumindo o comando das políticas públicas de saúde.
- Resolutividade - é a capacidade de resolver os problemas do usuário do SUS de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o a uma rede de referências aonde suas necessidades possam ser atendidas.
- Regionalização - a regionalização é a aplicação do princípio da territorialidade, com foco na busca de uma lógica sistêmica, evitando a pulverização dos sistemas locais de saúde.
- Hierarquização - a hierarquização é expressão da lógica da regionalização, buscando, entre outros objetivos, a economia de escala.

- Participação Popular – se dá por meio do controle social, com a atuação dos conselhos de saúde buscando garantir a efetividade das políticas públicas de saúde, a participação popular na gestão do SUS, em todas as esferas, municipal, estadual e federal.

Estes princípios e sua efetivação representaram um surpreendente logo ao final da década de 1980 e início da década de 1990 para a saúde pública no Brasil.

Em paralelo à ascensão da lógica universalizante do SUS no decorrer da década de 1990, que tinha relação com a redemocratização do país e a incorporação de novos direitos sociais, o Brasil e outros países foram atingidos por uma crise econômica e uma onda neoliberal e gerencial cujo ideário propunha reformas rotuladas de Nova Gestão Pública – NGP (*New Public Management*), em oposição ao que pode ser chamado de Administração Pública Tradicional ou Velha Administração Pública (*Old Public Management*) (POLLITT; BOUCKAERT, 2002). A lógica era o enfrentamento de dois grandes males burocráticos: a ineficiência relacionada ao excesso de procedimentos e controles de processos e a baixa responsabilização dos burocratas frente ao sistema político e à sociedade (SANO; ABRUCIO, 2008).

Estão associadas à NGP questões sobre a transparência dos processos, clareza nos objetivos e a maneira como garantir segurança e lisura em todas as etapas do seu desenvolvimento, além da responsividade e outras questões análogas relacionadas à *accountability* (BEHN, 1998; SANO, 2003).

Este movimento influenciou uma reforma no aparato do Estado brasileiro, ganhando notoriedade no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995 – 1998 e 1999 – 2002), com o Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE, que introduziu um conjunto de mudanças que repercutiu sobre os formatos de organização administrativa do Brasil, para atender a seus fins constitucionais e a redefinição do seu próprio papel enquanto Estado (BRESSER-PEREIRA; GRAU, 1999). De acordo com Calipo (2002), o grande objetivo da reforma iniciada nos anos 1990 e, em certos aspectos, em andamento no país até os dias de hoje, é o de formatar um Estado com nova estrutura, redefinindo suas funções e reduzindo o seu tamanho, sendo ideias centrais neste processo privatização, terceirização e publicização.

A possibilidade de utilização de modelos de gestão baseados na terceirização para Organizações Sociais de Saúde atende atualmente a todos os requisitos legais e formais da administração pública brasileira e foram criadas como alternativa de avanço na oferta de serviços em saúde, considerando a incapacidade do Estado em contratar pessoal diante dos

limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, visando garantir agilidade nos processos de logística de suprimentos e profissionalização de gestão pela utilização de ferramentas gerenciais do setor privado (BRESSER-PEREIRA; GRAU, 1999).

Estas práticas introduzidas pela nova gestão pública trouxeram consigo a utilização de métodos, técnicas e instrumentos de gestão inicialmente criados e utilizados por organizações privadas, objetivando a eficiência (pela racionalização dos processos e custos e aumento dos resultados) e a qualidade enfatizando a busca da satisfação do cliente/usuário (KETTL, 1998).

Com a reforma do Estado e a criação das Organizações Sociais surge uma expansão do setor público diverso do estatal: o setor público não estatal. Diferente das concessões, permissões ou outras modalidades de terceirização, no caso da criação das Organizações Sociais, o Estado analisa os aspectos de oportunidade e conveniência, sem requisitos formais e legais que o obrigue a denominar uma OS, bastando para isto a comprovação de determinados requisitos descritos em Lei, e o ato formal de enquadramento pelo executivo, ou seja, extremamente mais simples, menos burocrático, e bastando um ato discricionário do chefe do poder executivo para que a organização passe ser chamada de Organização Social (SANTOS, 1999b).

As Organizações Sociais de Saúde se desenvolveram em vários pontos do país, principalmente no estado de São Paulo, já no ano de 1998. A Lei Complementar de São Paulo nº 846, de 4 de junho daquele ano, definiu critérios adicionais à legislação federal e regulamentou quais organizações de saúde poderiam pleitear o enquadramento como Organização Social de Saúde, ou simplesmente OSS, firmando na sequência um contrato de gestão com o estado de São Paulo. Este movimento e ineditismo alavancaram a repetição do modelo paulista em várias regiões do país (SANO; ABRUCIO, 2008).

Diante deste cenário, um novo panorama vem sendo desenhado no Brasil, inclusive em Santa Catarina, onde um contínuo de aprendizagem que tem como marco zero de uma nova etapa a criação do SUS e que, enquanto sistema, tem ao longo deste período sido influenciado por vários *stakeholders* na sua implementação.

Nos últimos anos, a migração da gestão de algumas unidades públicas de saúde para Organizações Sociais tem gerado intensos debates entre os *stakeholders* do SUS em Santa Catarina, evidenciando a importância do mapeamento destas múltiplas facetas, pensamentos e influências desses atores sociais neste processo.

As propostas de reforma do Estado, sobretudo aquelas relacionadas à nova gestão pública, acabaram por trazer embates de caráter político-filosófico entre os *stakeholders* do SUS, principalmente quanto à possível dicotomia entre os princípios da reforma sanitária

inseridos como princípios e diretrizes do sistema e a terceirização da gestão pública de algumas unidades de saúde para organizações sociais. Em certo sentido, as propostas da Reforma do Estado e da Reforma Sanitária brasileira parecem antagônicas - enquanto uma prega a “participação” e a “democratização” pela descentralização, a outra se sobrepõe com a preocupação em “racionalização” e “eficiência” (PINTO, 2004).

O que tem sido possível observar no Brasil, nas últimas décadas, não apenas na saúde, também em outras áreas de serviços e políticas públicas, é a conformação de uma agenda que busca conciliar a necessidade de racionalização, modernização e efetividade do Estado diante da crise fiscal, e a democratização do processo decisório, ampliação do acesso a serviços públicos, pela descentralização e ação criativa de governos locais mais próximos do cidadão (FARAH, 2001).

Nesse sentido, cabe apresentar outra abordagem teórico-conceitual sobre a estrutura do Estado e sua relação com o cidadão, que se diferencia da Administração Pública Tradicional – ATP e da Nova Gestão Pública – NGP. Trata-se de uma agenda surgida na década de 1980, denominada por seus estudiosos de Novo Serviço Público – NSP. O NSP parte da premissa de que o governo deve ser conduzido como uma democracia e não como um negócio, trazendo à administração pública a responsabilidade de servir aos cidadãos como tal e não de conduzi-los ou mesmo tratá-los como consumidores, de despertar o interesse público e a participação social, de valorizar mais a cidadania do que o estado empreendedor, reconhecendo a difícil tarefa de fazer *accountability* pela valorização das pessoas e não somente pela produtividade (DENHARDT; DENHARDT, 2000).

O NSP focaliza a participação dos cidadãos no desenho e na implementação de políticas públicas e na provisão de serviços públicos, ao mesmo tempo em que valoriza o papel do Estado e dos servidores públicos como aqueles que promovem a coprodução do bem público, pela aproximação entre a população e os agentes públicos em um processo democrático na busca da solução dos problemas coletivos e na *accountability*. Os planejamentos e orçamentos participativos, os conselhos como instrumento de controle social e a gestão comunitária do patrimônio público são exemplos desta maneira de pensar o funcionamento do Estado (SECCHI, 2009).

Como uma nova visão da administração pública, o NSP enseja exigências e expectativas adicionais na atuação do servidor público. A busca da valorização do ser humano pela sua participação e do servir em prol do cidadão, a ética na maneira de agir, a defesa da coletividade e dos interesses públicos e dos princípios democráticos são algumas delas (ROCHA, 2011).

Embora não exista uma tradução literal do que seja *accountability*, após resgate de diversos autores, Rocha (2011, p. 84) traz o termo como “processos de avaliação e responsabilização permanente dos agentes públicos que permitam ao cidadão controlar a capacidade e o exercício do poder concedido aos seus representantes”, incluindo aí sua prestação de contas, a publicização do que se faz e como se faz e sua responsabilização democrática no campo eleitoral e por órgãos de controle, aplicando as leis existentes. Ao se definir um modelo de prestação de serviços, por exemplo, na área da saúde, a orientação pela *accountability* exige definir claramente *a quem* e *como* devem ser prestadas contas e responsabilizados os agentes públicos. E sobre *o que* devem ser prioritariamente responsabilizados – pelo cumprimento das leis (visão hierárquica – velha administração pública), pelo cumprimento ou não de metas de desempenho pactuados (nova gestão pública) ou pela qualidade do processo social e respeito aos interesses dos cidadãos (novo serviço público).

Além de *accountability*, outro tema relevante no contexto de mudanças na gestão pública brasileira é o de governança, que pode ser entendida como o conjunto de novas ações inseridas no contexto das reformas administrativas e de Estado, que de maneira eficaz, transparente e compartilhada, entre o público, o privado, e a sociedade em geral, buscam solucionar os problemas sociais pela criação de oportunidades, possibilidades e chances de um desenvolvimento sustentável futuro de toda a coletividade. Seguindo tendência de se recorrer mais à autogestão nos campos social, econômico e político, a governança enseja uma nova composição entre diferentes formatos ou modelos de gestão. Junto à hierarquia (ATP) e ao mercado (NGP), com seus modelos de gestão à base de poder e dinheiro, a governança pública acrescenta a negociação, a comunicação e a confiança sob uma nova ótica de reformas administrativas (KISSLER; HEIDEMANN, 2006).

Essa tendência se verifica na gestão pública brasileira, que desde a década de 1980 vive um intenso processo de transformação, sob influência principal da redemocratização do país e da reforma do Estado, que tem na descentralização um de seus eixos principais. Novas relações entre níveis de governo e entre Estado e sociedade, com a participação de novos agentes na formulação, implementação e controle de políticas públicas e inclusive na provisão de serviços públicos, além de indicar novas práticas políticas, exige novas estruturas organizacionais e novos arranjos institucionais (SCHOMMER, 2003; FARAH, 2001).

Assim, uma mistura entre racionalidade, eficiência, transparência, participação social e o entendimento do Estado como participante democrático do processo e não como impositor de políticas públicas, dentro de um contínuo de mudanças e convivência entre os diversos

modelos de gestão pública foram se firmando como a nova realidade dentro da redemocratização do Brasil a partir dos anos 1980.

Todo esse contexto, incluindo aí a de crise fiscal, e os novos desafios em termos de *accountability* e governança influenciaram o SUS em Santa Catarina, gerando um momento propício para que em 2004 houvesse a publicação da Lei Estadual nº 12.929 que criou o mecanismo de parceria entre o Estado e a iniciativa privada filantrópica pela possibilidade da terceirização de unidades de saúde para as OSSs (SANTA CATARINA, 2004).

Em 2007 foram firmados os primeiros dois contratos de gestão entre o Governo do Estado de Santa Catarina e uma OSS. A FAHECE assumiu por meio desta nova modalidade de terceirização o HEMOSC e o CEPON, mesmo com um posicionamento contrário por parte de alguns *stakeholders*, sobretudo conselheiros do Conselho Estadual de Saúde (CES, 2012a).

Em 2008, o CES emitiu a resolução 10/2008, posicionando-se contra a terceirização dos serviços do SAMU para as OSSs. Em setembro deste mesmo ano, foi celebrado o contrato de gestão com a OS Hospital Nossa Senhora das Graças para gerenciar o Hospital Infantil Jeser Amarantes Faria, em Joinville (CES, 2012b).

Em 2010, mesmo contra a resolução 003/2010 do CES que, novamente, posicionava-se contrário à terceirização da gestão de unidades públicas de saúde, o governo catarinense celebrou contrato de gestão com três OSS: Associação São Paulo Apóstolo, Fundação Educacional Criciúma e Fundação São Camilo – Peritiba (CES, 2012b).

Neste mesmo ano, em meio ao processo eleitoral para a troca do gestor estadual, a coligação candidata ao governo do Estado, representada pela chapa de Raimundo Colombo e Eduardo Pinho Moreira, lançou proposta de governo para a área da saúde baseada na ampliação e qualificação da oferta de serviços do SUS, em especial na média e alta complexidade, pela expansão da terceirização da gestão de unidades de saúde estatais para as organizações sociais. Eleitos e buscando levar a termo a implantação do seu plano de governo, apesar de legitimados por sua eleição em primeiro turno (fato histórico e único em Santa Catarina após o processo de redemocratização do país pós-revolução militar de 1964), encontraram novamente resistência de alguns *stakeholders* a respeito deste tema.

Isto aliado ao fato de haver transcorrido cinco anos, caracterizando o momento de renovação dos contratos com a FAHECE, observou-se um movimento intenso no Conselho Estadual de Saúde - CES, assim como nas conferências estadual e nacional de saúde de 2011, nas quais surgiu um posicionamento claro e objetivo contra a terceirização da gestão da saúde pública. Algo evidenciado em proposição e moções de repúdio ao modelo em ambas as conferências, e pela postura do CES de reprovar a prestação de contas da Secretaria de Estado

da Saúde do ano de 2011, sob o argumento de que ali se encontravam repasses de recursos para a execução de metas e objetivos descritos nos contratos de gestão com as seis OSS em andamento.

A proposta da presente pesquisa se justifica, buscando uma maneira de evidenciar o posicionamento dos *stakeholders* da saúde pública no Estado de Santa Catarina, por meio da sua identificação e do destaque do conhecimento que os mesmos têm a respeito do tema e de sua capacidade de influenciar ou ser influenciados por estes movimentos surgidos em 2011.

Aliado ao exposto, considerando o propósito de um mestrado profissional em administração, este pesquisador viu uma oportunidade no presente estudo de estabelecer relação direta com a atividade profissional que desenvolve na Secretaria de Estado da Saúde, na qual exerce o cargo de Superintendente de Planejamento e Gestão, área subordinada à Gerência de Coordenação das Organizações Sociais, estando diretamente envolvido com a implantação das OSS em Santa Catarina. Além disto, é conselheiro membro do Conselho Estadual de Saúde, representando o segmento gestor, estando envolvido neste debate no referido Conselho.

Assim, define-se o problema de pesquisa a ser investigado nesta dissertação: quais os posicionamentos dos *stakeholders* sobre a gestão de unidades públicas de saúde por meio de Organizações Sociais no Estado de Santa Catarina? Problema este que se traduz no seguinte objetivo geral:

Identificar os diferentes posicionamentos dos *stakeholders* sobre a gestão de unidades públicas de saúde por meio de Organizações Sociais no Estado de Santa Catarina.

No âmbito desse objetivo geral, são definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Caracterizar as Organizações Sociais de Saúde em funcionamento no Estado de Santa Catarina;
- b) Identificar e classificar os principais *stakeholders* do Sistema Único de Saúde catarinense;
- c) Avaliar a percepção dos usuários clientes sobre a qualidade do serviço prestado pelas OSSs catarinenses;
- d) Propor parâmetros necessários a serem considerados nos contratos de gestão entre as OSS catarinenses e a Secretaria de Estado da Saúde, baseados na visão dos *stakeholders*, a fim de promover eficiência, efetividade e *accountability*.

A metodologia desenvolvida para atingir estes objetivos se baseou em uma pesquisa quali-quantitativa. Além de dados secundários levantados nos referenciais bibliográficos, produziram-se dados primários qualitativos, por meio de entrevistas em profundidade com

stakeholders escolhidos a partir da opinião de técnicos de planejamento da SES e dos municípios, e dados quantitativos obtidos diretamente junto a usuários das OSSs em funcionamento.

As entrevistas em profundidade objetivaram identificar os diversos posicionamentos de *stakeholders*, principalmente àqueles que, de maneira democrática e representativa de diversos segmentos, se fazem presentes no Conselho Estadual de Saúde.

Os usuários do SUS, grupo de maior importância e representatividade dentro do Conselho, com cinquenta por cento dos seus membros, além de figurar entre os entrevistados, acrescentaram à pesquisa dados quantitativos percentuais por meio das respostas a um questionário aplicado em quatro OSSs, perfazendo amostra de 436 questionários válidos, cujo objetivo foi explorar a avaliação da percepção dos usuários clientes sobre a qualidade do serviço prestado pelas OSS em território catarinense.

Os dados foram coletados entre dezembro de 2011 e março de 2012, e sua análise foi direcionada ao atingimento dos objetivos propostos, com o olhar de quem está inserido no processo, no entendimento que seria impossível se abstrair inteiramente do mesmo, considerando o envolvimento do pesquisador com o tema e com os próprios *stakeholders*. O envolvimento do pesquisador com a área de saúde pública já vem de longa data, tendo em outras ocasiões exercido cargos de gerente e diretor da SES, e secretário municipal de saúde, o que também o qualifica como um *stakeholder* neste processo.

Esta dissertação está estruturada em sete partes, a partir desta Introdução, na qual se apresentou a contextualização, problematização e justificativa acerca do tema escolhido, os objetivos da pesquisa e noções gerais de sua execução. O capítulo 2 traz uma revisão de literatura de conceitos e teorias da administração pública. No capítulo, 3 intitulado Metodologia, a pesquisa é classificada e descrita tal qual desenvolvida a fim de se alcançar os objetivos propostos, partindo-se dos dados primários e secundários que foram apresentados no capítulo 4 como Resultado das Pesquisas. As visões e posicionamentos dos *stakeholders* a respeito das OSSs Catarinenses estão descritas no capítulo 5. Os dados são analisados no capítulo 6, no qual são sugeridos elementos a serem acrescidos nos contratos de gestão e na operacionalização do modelo de gestão das OSSs em Santa Catarina. O item 7 traz as Considerações Finais, seguidas das Referências das obras consultadas e referenciadas, além dos Apêndices, que trazem os questionários aplicados e o roteiro das entrevistas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As mudanças nas políticas de saúde no Brasil, desde os anos 1970, tem sido organizadas em torno de um movimento que ficou conhecido como movimento sanitário ou movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. O movimento surgiu como resposta a uma das vertentes da democratização no país, à época marcada pela ditadura militar. Desta maneira, a Reforma Sanitária Brasileira foi fruto de um movimento social cujo objetivo era construir novas propostas de atenção à saúde, tendo a descentralização, a universalização e a unificação como componentes essenciais do que se idealizava como uma reforma democrática do setor saúde (GUIMARÃES, 2000).

Logo no início, o movimento pela Reforma Sanitária propunha modificações radicais no sistema de saúde brasileiro, os quais pretendiam ultrapassar as barreiras administrativas e financeiras e desenvolver um sistema que avançasse para além da assistência médica, ampliando o conceito de saúde e incorporando uma lógica de ação institucional do Estado para o setor saúde (ANDRADE, 2008).

No âmbito do movimento, havia diferentes vieses ideológicos, que se articulavam em torno de alguns pontos centrais da Reforma Sanitária: visão desenvolvimentista do Estado; público como sinônimo de estatal; o controle social se daria por meio de conselhos de saúde e estes definiriam as políticas para o setor; democratizar o setor saúde só seria possível pela descentralização das atividades e municipalização; e o entendimento de que o Estado e o mercado deveriam ser separados e antagônicos em suas relações (COHN, 1997).

Embora o movimento viesse em articulação desde a década de 1970, um marco na sua história foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, por vários motivos. A abertura da Conferência contou com a presença do primeiro presidente civil após a ditadura militar, José Sarney. Diferentemente das anteriores, foi aberta à sociedade e teve participação de cerca de 5.000 participantes, que discutiram e reafirmaram características do movimento e tornaram-se importante instrumento na propagação do movimento da Reforma Sanitária. Muitas das propostas derivadas da 8º Conferência vieram a ser incorporadas a Constituição de 1988, tais como a saúde ser um direito de todos e dever do Estado e a criação de um sistema único de saúde democrático e descentralizado com participação das três esferas de governo (união, estados e municípios), além do controle da sociedade nas definições e acompanhamento da políticas públicas da área da saúde (PAIM, 1987; FLEURY, 1989).

Surgia desta maneira uma proposta para o setor saúde idealizada por pensadores do movimento da reforma sanitária. Após a realização da 8^a Conferência Nacional de Saúde, com o processo da Constituinte, foi formada uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que mais tarde traria à Constituição de 5 de outubro de 1988 a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, além de estabelecer os seus princípios básicos (PAIM, 1987; FLEURY, 1989).

A VIII^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi, [...] um acontecimento exemplar. Reunindo quase 5.000 pessoas em Brasília, num processo que, começando nos municípios, envolveu quase 50 mil pessoas, foi um coroamento de alguns anos de debate. Definiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e lançou as bases políticas e técnicas para o debate sobre saúde na Constituinte. O resultado foi um texto constitucional sobre saúde moderno e abrangente, um dos mais avançados do mundo, na Constituição Brasileira de 1988. Seguiram-se as Constituições Estaduais de Saúde e as Leis Orgânicas dos Municípios, com seu componente sanitário. Os textos obtidos pela mobilização da sociedade variaram de caso a caso, conforme a configuração política das respectivas Assembleias Legislativas e Câmaras Municipais. Em todos os casos, pode-se afirmar que, em geral, os produtos obtidos são bons e suficientemente abrangentes para não se constituírem em obstáculos ao desenvolvimento do setor; ao contrário, são estimulantes e, se bem utilizados, orientadores da ação. (BUSS, 1991, p. 298).

De acordo com Carvalho e Santos (1992), o SUS nasceu guiado por três diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação comunitária, além de treze princípios que foram estabelecidos e que refletem muito do momento de redemocratização contido na elaboração da CF de 1988 e nas Leis 8.080/90 e 8.142/90:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade da assistência;
- Preservação da autonomia da pessoa na defesa da sua integridade física e moral;
- Igualdade na assistência;
- Direito à informação;
- Divulgação de informação sobre o potencial dos serviços e a utilização pelo usuário;
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática;
- Participação da comunidade;
- Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;
- Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

As ideias propostas a partir do movimento da reforma sanitária não vinham na direção de esgotar o tema, mas sim trazer a debate na sociedade, como parte de um processo de redemocratização da nação, questões fundamentais e ilimitadas, que provocariam a necessidade de profundas mudanças das práticas até então comuns na área da saúde, com efeitos, inclusive, sobre outras áreas de políticas públicas. Para Magajewski (1994), até então, os brasileiros estavam separados em duas distintas classes de cidadania: uma composta por aqueles que tinham trabalho formal, reconhecidos pelo sistema, e outra integrada pelos que não tinham “carteira assinada”, considerados indigentes e, portanto, excluídos das benesses geradas pelo conjunto da sociedade gerenciada pelo governo.

Com o movimento de mudança gerado pela reforma sanitária, diferentes atores sociais puderam ser observados e evidenciados.

No contexto de Santa Catarina, Magajewski (1994) identifica diversos grupos de interesse no período da reforma, por meio do teor dos seus discursos, em luta na arena social catarinense do setor saúde, dentre os quais os destaques foram:

- **Grupo de Interesses Empresariais** – eram organizações privadas vinculadas à previdência social através de contratos e/ou convênios para a prestação de serviços médico-hospitalares;
- **Grupo de Interesses de Médicos “Liberais”** – eram profissionais médicos “liberais” também contratados pela previdência, que propunham o rompimento com o INAMPS em razão do não cumprimento da tabela de remuneração de serviços combinada com a categoria;
- **Grupo de Interesse da Indústria Farmacêutica** - mais visível e atuante ao nível nacional, se colocava como qualquer outro produtor de mercadorias cuja venda era encarada como passível das mesmas práticas de mercado da indústria em geral no sentido de garantir espaços definidos com preços maximizados;
- **Grupo de Interesse da Indústria de Equipamentos Médico-hospitalares** – caracterizavam-se por produzir bens de capital com incorporação de gordas

margens de lucro na forma de *royalties* e outras transferências de direitos, atuando como atores sociais invisíveis junto aos prestadores privados, longe da publicidade da mídia e mais afeitos a negociações privilegiadas com o poder público;

- **Grupo de Interesse no Movimento Sanitário** – envolvia a associação de diversos grupos sociais que incluíam desde membros da academia, servidores públicos, associações de moradores, pastorais da saúde até militantes políticos de esquerda dentro e fora do setor saúde e que gradualmente se organizaram em torno das bandeiras da reforma sanitária.

No ano de 1978, em Santa Catarina, sob a influência principalmente de um grupo organizado em torno do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, oriundo do Rio Grande do Sul, em contato com o movimento estudantil e com membros do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, começavam a se organizar projetos ligados à atenção primária e a discutirem-se novas propostas em torno de um movimento sanitário e a difusão de suas ideias. Desde o início, uma peculiaridade do movimento sanitário em Santa Catarina foi a aproximação entre intelectuais do movimento e a Pastoral da Saúde da Igreja Católica, permitindo a capilaridade das discussões na sociedade e envolvendo as demandas de grupos sociais excluídos das periferias e das áreas rurais do interior do estado. Aos poucos, o movimento foi ganhando força, com a incorporação de outros grupos de categorias profissionais, notadamente de médicos, com a Associação Catarinense de Medicina, e de profissionais de enfermagem, com a Associação Brasileira de Enfermagem – Santa Catarina, delineando um movimento sanitário que adentraria a década de 1980 já consolidado. Vários foram os embates e táticas de confronto neste período. Cada qual representando seus grupos de interesse desenvolvia suas estratégias envolvendo desde ameaças e paralisações de serviços até a partilha dos recursos disponíveis do setor saúde entre os diversos grupos (MAGAJEWSKI, 1994).

Em 1987, iniciaram-se no estado as discussões sobre o processo de municipalização. Foi definido que a mesma começaria pelo sul do estado, o que posteriormente acabou não acontecendo. A Secretaria Estadual de Saúde - SES, diante deste processo de descentralização previsto no convênio com o SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde, reuniu representantes de 44 municípios e apresentou as condições definidas para a integração de cada município ao Sistema. A estratégia inicial foi a de privilegiar os municípios mais desenvolvidos e afinados com as Ações Integradas de Saúde, liberando recursos para reformas e ampliação de unidades da rede federal, estadual e municipal de saúde no valor de 250

milhões de cruzados já no mês de fevereiro de 1988. Nesta primeira etapa da municipalização, o sistema cobriu 47% da população catarinense.

Após entender que o SUDS foi um passo importante para a descentralização das ações até então desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, mas que era preciso avançar, mesmo sob muita controvérsia e embates políticos entre as áreas da previdência e a saúde, o governo federal optou pela extinção do SUDS e, em substituição ao modelo anterior, fixou prazo para a conclusão da instalação do SUS no país em 31 de dezembro de 1990, com a aprovação, em 19 de setembro de 1990, da Lei 8.080, e em 28 de dezembro de 1990, da Lei 8.142. Observe-se que, naquele período, do Governo do Presidente Fernando Collor de Melo, os vetos ao projeto original da Lei Orgânica da Saúde impediram as definições do financiamento do SUS e excluíram da lei o capítulo da participação popular, mostrando tendência neoliberal, na visão de Magajewski (1994), e a resistência à participação.

Apesar das concessões e limites iniciais, o SUS foi sendo aperfeiçoado ao longo do tempo, assim como enfrentou e enfrenta até os dias atuais dificuldades e resistências em sua implementação. Vários instrumentos foram criados buscando operacionalizar os princípios gerais. Em 1996, surgia a Norma Operacional Básica - NOB, que descrevia melhor o papel de cada ente federativo, assim como o inter-relacionamento entre eles. Criava vários instrumentos para isso, definindo o sistema de financiamento, a Programação Pactuada e Integrada – PPI e programas que viriam a revolucionar o Sistema, como o Programa de Saúde da Família (hoje Estratégia de Saúde da Família).

Sem prejuízo de outras legislações e todo o arcabouço criado pelas diversas resoluções dos conselhos nacional, estaduais e municipais, ainda viriam outras importantes para os avanços no Sistema, como as Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS, em 2002, o Pacto pela Saúde, em 2006, e a regulamentação da Lei 8.080/90, com o Decreto 7.508 em 2011 (BRASIL, 2012). Todas buscaram esclarecer ou melhorar a formatação e a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

Os desafios estabelecidos aconteceram e continuam acontecendo no SUS, que embora tenha suas peculiaridades enquanto sistema representa uma pequena parte do que vem acontecendo em toda esfera da administração pública como fruto do avanço e das mudanças da própria sociedade e das reformas de estado que foram sendo geradas para acompanhar estes processos de mudança.

2.2 REFORMAS DO ESTADO, MODELOS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E OS EMBATES NA CONSTRUÇÃO DO SUS

No âmbito dos debates relacionados ao papel do Estado e às necessidades de reforma, cabe delimitar concepções que enfatizam aspectos econômicos, e aquelas que se caracterizam de maneira mais político-ideológicas, ambas relacionadas entre si.

As concepções econômicas liberais defendem que o Estado, em face da sociedade, busque a neutralidade, isto é, adote postura de menor intervenção possível nas relações socioeconômicas, garantindo os direitos e liberdades individuais e sobre a propriedade. No extremo oposto, está a defesa de papel mais ativo do Estado na economia, inclusive participando diretamente das atividades produtivas e da provisão de serviços públicos (CARNOY, 1988; BOBBIO, 2002).

Para além das relações socioeconômicas, na dimensão político-ideológica, discute-se o papel e a natureza do Estado em suas relações com a sociedade, envolvendo a organização das forças de trabalho (poder econômico), do consenso (poder ideológico) e do poder coercitivo (poder político) (CARNOY, 1988; BOBBIO, 2002).

Sob um olhar da filosofia política, o Estado tende a enfatizar o poder político sobre os outros poderes, orientando-se idealmente pela defesa dos interesses de todos, como entidade situada acima dos valores morais individuais. Considerando que existem visões de mundo e interesses diferentes, a própria existência do Estado e a disputa para influenciar sua estrutura e suas ações ensejam disputa política, tanto no interior do aparato estatal como em outras instituições da sociedade, com a participação de segmentos mais heterogêneos ou menos na disputa pelo controle público desse poder (LIMA JR., 1997) e de suas formas e estratégias de governo.

A análise desenvolvida nesta pesquisa considera as disputas políticas externas e internas inerentes ao governar, considerando como *stakeholders* os grupos de poder ou partes interessadas que devem ser considerados na gestão do SUS em Santa Catarina.

Embora a temática da estrutura do Estado e suas necessidades de mudanças (ou reformas) possam ser abordadas desde a origem da formação desse poder, posicionamos a discussão a partir da década de 1970. Época esta em que diversas mudanças de ordem cultural, social, econômica e política geraram discussões e reformulações quanto ao papel e à estrutura do Estado em vários países, baseados principalmente em uma perspectiva neoliberal (SOUZA; CARVALHO, 1999). Tais reformas criticavam de maneira contundente os serviços vinculados à proteção social, sobretudo aqueles em que o papel do Estado tendia a ser

provedor do estado de bem-estar (ALMEIDA, 1999) e estruturado em torno de um modelo burocrático, hierárquico, centralizado e pouco flexível.

[...] o que muda é principalmente a ideologia, é a forma de conceber o Estado e a Administração Pública. Não se quer mais o Estado prestador de serviços; quer-se o Estado que estimula, que ajuda, que subsidia a iniciativa privada; quer-se a democratização da Administração Pública pela participação dos cidadãos nos órgãos de deliberação e de consulta e pela colaboração entre o público e o privado na realização das atividades administrativas do Estado; quer-se a diminuição do tamanho do Estado para que a atuação do particular ganhe espaço; quer-se a flexibilização dos rígidos modos de atuação da Administração Pública, para permitir maior eficiência; quer-se a parceria entre o público e o privado para substituir-se a Administração Pública dos atos unilaterais, a Administração Pública autoritária, verticalizada, hierarquizada. (DI PIETRO, 1997, p.11).

De acordo com Pinto (2004), os movimentos no sentido de reformar os Estados, ocorreram tanto em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Nova Zelândia e Suécia, quanto em países em desenvolvimento, como ocorreu na América Latina com Brasil, Argentina e Chile. Neste sentido, percebe-se a existência de alguns pontos comuns entre a reforma contemporânea do Estado brasileiro e àquelas ocorridas nestes outros países. Para Palazzo, Sésin e Lembeye (1992 apud MODESTO, 2006), estes aspectos comuns às várias reformas contemporâneas do Estado, adotadas em maior ou menor grau em cada contexto, podem ser assim resumidos:

- Os Estados passaram a aplicar novas técnicas de gestão de serviços e atividades entre diferentes esferas políticas, utilizando modalidades tais como consórcios intergovernamentais, acordos programáticos e delegação ou descentralização;
- Incitação à privatização de serviços econômicos e competitivos sustentáveis em regime de mercado;
- Transferência de funções centralizadas no Estado para entes intermediários (estados) e locais (municípios);
- Aumento dos controles de resultado, tais como produtividade e economicidade, como efeito da busca pela eficiência;
- Fortalecimento da autonomia das entidades de administração indireta;
- Incentivo à gestão direta pela comunidade de serviços sociais e assistenciais, fora do aparato burocrático do Estado, porém com o apoio direto dele e com sua assistência permanente, destacando-se organizações não governamentais, organizações sociais, organizações sociais de interesse público, escolas comunitárias, entre outras;

- Estímulo aos servidores ou funcionários públicos no vocacionamento e direcionamento de suas atividades àquelas relativas à finalidade do Estado, com a diminuição ou terceirização de atividades meio, acompanhada de valorização das carreiras executivas de Estado, inclusive mediante adequação do padrão de remuneração equivalente ao de mercado;
- Capacitação de pessoal dirigente e criação de carreiras específicas para altos executivos do Estado;
- Apropriação dos conceitos de planejamento estratégico e fortalecimento dos setores administrativos responsáveis pela formulação de políticas públicas;
- Reformulação, simplificação e melhoria de procedimentos e processos no interior da burocracia estatal;
- Estímulo ao desenvolvimento de habilitações gerenciais flexíveis dos servidores e funcionários, considerados desde o seu recrutamento e seleção, mediante a criação de carreiras mais generalistas nas atribuições e descrições dos cargos públicos;
- Atribuição de novas formas de responsabilização dos agentes públicos por sua gestão administrativa;
- Adoção de programas de desregulamentação ou de simplificação da legislação;
- Ampliação dos mecanismos de participação popular na atividade de gestão e do controle social da administração pública.

Estes aspectos reforçam os grandes objetivos das reformas estatais que costumam ser chamadas de neoliberais, no que se refere ao viés ideológico socioeconômico, e de gerencialistas, no que se refere à estrutura e às estratégias de gestão do aparato estatal. As práticas promovidas no processo de reforma indicam: objetivos econômicos de diminuição do déficit público e aumento da poupança pública e da capacidade financeira como mecanismo de concentrar os recursos públicos em áreas nas quais sua participação deva ser direta e indispensável; objetivos sociais, ampliando a oferta de serviços financiados pelo Estado, sobretudo pela garantia de acesso aos mais carentes; objetivos políticos, ampliando e estimulando a participação cidadã na gestão da coisa pública, nas ações sociais coletivas; e objetivos gerenciais, visando à melhoria da eficácia e da efetividade com foco no controle e nos resultados (MODESTO, 2006).

Esta nova maneira de pensar a gestão pública e os governos ficou conhecida como Nova Gestão Pública - NGP, do inglês *New Public Management*, referindo-se a um conjunto de ideias e práticas que buscam, em sua essência, trazer do setor privado abordagens e

técnicas de negócios para o setor público. Embora críticas tenham sido feitas, questionando o funcionamento do governo como um negócio, a NGP tem seu grande objetivo direcionado para fazer com que o governo funcione melhor e custe menos. Muito mais do que usar técnicas de mercado, o que distingue estas reformas e esforços de outros semelhantes é que a NGP buscou trazer maior profissionalismo por meio de modelos normativos de como, por que e o que deve ser feito, a partir de experiências do mundo privado (DENHART; DENHART, 2000; POLLITT; BOUCKAERT, 2002). Desta maneira, sua operacionalização concentra-se no combate à ineficiência ligada ao volume excessivo de controle dos processos burocráticos e a baixa responsabilização dos agentes estatais face ao sistema político e social do Estado. O movimento caminhou no sentido de flexibilizar a administração pública e aumentar a responsabilização governamental (GRAU, 2000), defendendo também o maior envolvimento dos cidadãos no processo.

Surge, assim, uma agenda estatal na busca pela governabilidade, entendida como a capacidade do Estado em coordenar e implementar políticas que buscam atender a demandas da sociedade e concedem apoio a diversos grupos e organizações da sociedade que contribuem para atendimento a demandas coletivas. Assim, os procedimentos e práticas governamentais na busca destas metas adquirem relevância, trazendo ao debate questões como o formato institucional do processo decisório, a articulação público-privada na definição das políticas e, ainda, a abertura para a participação de setores interessados ou de distintos grupos de poder (DINIZ, 1997).

Destaque é dado ao controle público (controle social) face às decisões do governo e do aparato estatal como desafio às maneiras de participação e de representação dos diversos grupos sociais. A presença marcante do governo, da burocracia estatal na busca e atenção às demandas da sociedade, sobretudo àquelas relativas às políticas econômicas, traz consigo uma complexa e tensa relação entre os atores sociais, que de forma multifacetada estabelecem delegações de poder, decisões, ações e pressões sociais buscando a satisfação de necessidades sociais, mediante a distribuição dos bens públicos em um ambiente político e social marcado por interesses muito variados e às vezes até antagônicos (BOBBIO et al., 2000).

Desta maneira, a Nova Gestão Pública – NGP não é apenas a implementação de novas técnicas. Ela traz consigo um conjunto de valores em grande parte proveniente do setor privado, estando em seu cerne a ideia de que "o governo deveria ser gerido como uma empresa", de que as agências governamentais deveriam adotar práticas da "administração científica" ou de "gerenciamento da qualidade total". Para além disso, a NGP argumenta que o governo não deve apenas adotar as técnicas de administração de empresas, adotar também

certos valores relacionados aos bons negócios. A Nova Gestão Pública torna-se, assim, um modelo normativo para a gestão pública (DENHART; DENHART, 2000).

[...] a nova gestão pública é uma nova conceituação da administração pública que consiste de vários componentes inter-relacionados: fornecer serviços de alta qualidade que os cidadãos valorizam; aumentar a autonomia dos gestores públicos, especialmente dos controles da agência central; medir e premiar organizações e indivíduos com base no cumprimento das metas exigidas de performance; tornar disponível recursos humanos e tecnológicos que os gestores necessitam para desempenharem bem suas tarefas; e reconhecendo as virtudes da competição, manter uma atitude aberta a respeito de quais propósitos públicos devem ser desempenhados pelo setor privado, e não pelo setor público. (BORINS, 1995, p.122).

A NGP caracteriza-se, ainda, pelo valor dado ao controle contábil-financeiro e à desregulamentação das relações de trabalho; pela redução dos postos de trabalho, das estruturas e níveis hierárquicos, valorizando a terceirização e os contratos de gestão; pela influência das escolas humanistas na valorização da cultura organizacional; e pela introdução de técnicas de planejamento estratégico e qualidade total, e a participação comunitária, a fim de ampliar e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos (FERLIE et al., 1999). No entanto, na NGP o papel dos servidores públicos vai muito além do seu mero cumprimento de tarefas. Neste sentido Behn (1998, p.7) destaca que:

Na nova gestão pública, os servidores públicos não são robôs, simplesmente implementando políticas segundo regras promulgadas por alguns superiores. Ao contrário, o paradigma da nova gestão pública pressupõe que servidores públicos sejam inteligentes, compreendam os problemas de suas agências com a redução dos quadros, tenham algumas ideias úteis – tanto próprias quanto emprestadas de outros – sobre como solucionar tais problemas, e que possam, se tiverem liberdade para tal, transformar rapidamente tais ideias em ações eficazes.

Para Denhardt e Denhardt (2000), a NGP é um avanço em relação à APT, ao mesmo tempo ainda restrita em termos de resultado e desempenho e em participação política da sociedade.

Outra abordagem relevante sobre o papel e a reforma do Estado é aquela que ficou conhecida como Novo Serviço Público – NSP (*New Public Service*). Esta pressupõe intenso envolvimento da comunidade como forma de exercer a cidadania, o espírito comunitário e a organização da sociedade para que, junto com os governos, possa ser definido o Estado que todos desejam (DENHART; DENHART, 2000). Algo que se relaciona diretamente com o tema deste trabalho, por sua sintonia com os anseios do movimento sanitário, traduzidos pela reforma sanitária e pela criação do próprio SUS, que contemplam boa parte dos preceitos do NSP, principalmente no que diz respeito ao envolvimento comunitário e ao controle social.

O Novo Serviço Público, na visão de Denhart e Denhart (2000), possui algumas premissas e características peculiares:

- **O gestor público deve servir e não conduzir.** O papel mais importante do servidor público é ajudar os cidadãos a articularem-se e a atingirem seus interesses comuns, ao invés de tentar controlar ou orientar a sociedade em novas direções;
- **O interesse público deve ser o objetivo, não um subproduto.** O administrador público deve contribuir para a construção de um interesse público, coletivo e compartilhado. Não há que se encontrar soluções rápidas guiadas por escolhas individuais, mas sim a criação de interesse comum e de responsabilidade partilhada;
- **Esforços colaborativos e coletivos facilitam o alcance de interesses públicos.** O pensamento estratégico, a maneira de agir, de definir políticas e programas de forma mais democrática, satisfazendo as necessidades do público será mais eficaz, responsável e facilmente alcançado em sua plenitude por meio de esforços coletivos e processos colaborativos;
- **Servir aos cidadãos, como cidadãos e não clientes.** Os interesses públicos são resultados do diálogo sobre os valores comuns e compartilhados, ao invés do somatório de interesses pessoais. Assim, os funcionários públicos não se limitam a responder às demandas dos "clientes", mas seu principal foco é construir relacionamentos de confiança e colaboração com os cidadãos ou entre eles mesmos;
- **A prestação de contas (*accountability*) não é simples, mas deve ser feita.** Os servidores públicos devem estar atentos a algo mais que simplesmente as regras do mercado. Eles também devem atender às leis, aos valores da comunidade, às normas políticas, aos padrões profissionais e aos interesses dos cidadãos;
- **Valorização das pessoas, não apenas da sua produtividade.** As organizações públicas, assim como outras, são mais propensas a ter sucesso a longo prazo, se forem conduzidas através de processos colaborativos e de liderança compartilhada, baseadas no respeito mútuo entre todos;
- **A cidadania e serviço público possuem valores bem maiores do que o Estado empreendedor.** O interesse público é mais facilmente avançado se

funcionários públicos e cidadãos estiverem empenhados em fazer contribuições significativas para a sociedade e não apenas se os gestores públicos agirem como empresários, utilizando o dinheiro público como os seus próprios.

A participação do cidadão envolve o desenvolvimento de uma nova cidadania, fundamental na reforma do Estado e nas relações Estado e sociedade em contextos democráticos. Esta participação cidadã pode ocorrer de diversas formas: na distribuição pública de bens materiais e imateriais; na proteção dos interesses coletivos; no controle do poder público, na gestão da coisa pública; nas organizações de proteção de interesses coletivos; e na coprodução de bens e serviços públicos. Todas essas ideias estavam presentes, de alguma forma, nas mudanças relacionadas à redemocratização do Brasil, à reforma sanitária e à criação do SUS, o que pode ser visto como expressão do que viria a ser chamado de novo serviço público (COMPARATO, 1992; DENHART; DENHART, 2000).

Salm e Menegasso (2009), reconhecendo a pertinência da abordagem do Novo Serviço Público para vários contextos de relação entre Estado e sociedade, sobretudo na coprodução de bens e serviços públicos, reconhecem, também, a aplicabilidade da Administração Pública Tradicional e da Nova Gestão Pública em outros contextos e para certos tipos de produtos e serviços. Defendem, nesse sentido, a ideia de que a produção de variados bens e serviços públicos pode ser realizada por meio de diferentes modelos de administração pública combinados, admitindo-se estratégias mistas.

No mesmo sentido, estes autores reconhecem a importância da formulação e uso de modelos teóricos para a compreensão da realidade, chamando a atenção para o fato de que as características sugeridas pelos mesmos não são encontradas puras ou isoladas na realidade da administração pública. O modo combinado, articulado, imbrincado nas práticas sociais levam o Estado a praticar múltiplas formas ao mesmo tempo, numa mistura de modelos de gestão pública. As propostas que emergem e se propagam de acordo com certa abordagem de administração pública ocorrem, pois, não como fenômeno único, isolado e homogêneo. Cada modelo e proposta de gestão pública advém de certo contexto e realidade social, com características, exigências e necessidades próprias (SALM; MENEGASSO, 2009).

Nesse sentido, pode-se observar a articulação entre a APT e os novos modelos de gestão traduzidos pelas reformas do Estado, os quais convivem simultaneamente com a participação de novos atores, envolvendo a coprodução de bens e serviços, agora dispostos à sociedade como fruto do envolvimento do Estado, do mercado e da sociedade, o que constitui um desafio em termos de inovação em governança pública (KISSSLER; HEIDEMANN, 2006).

O novo e tradicional se complementam num processo de aprendizagem contínuo, sem interrupções abruptas ou revolucionárias, em uma lógica complexa e em certas ocasiões até contraditórias entre as práticas históricas institucionalizadas e as práticas inovadoras. A superação dos acontecimentos e condicionantes negativos dos fatos passados contribui para transpor os limites do tradicional admitindo-se novas possibilidades, onde nem sempre o novo significa algo melhor. Assim, os resultados caracterizam-se pelo hibridismo, combinando novos e velhos elementos nas práticas políticas e administrativas no Brasil (SCHOMMER, 2003).

Desta maneira, em uma sociedade democrática, os movimentos que caminham no sentido de redefinir o papel e as funções do Estado são sempre relativos e tendem a apresentar fragilidades, visto que mesmo no nascimento do Estado moderno, como hoje o conhecemos, não existem características que lhe são necessariamente exclusivas. Desta forma, definir o que é ou não função, modelo, formato, ou processo é sempre resultado de lutas políticas que criam novas concepções de Estado, de acordo com o momento histórico vivenciado (SANTOS, 1999a), o posicionamento e atuação dos atores envolvidos e outras características de cada contexto.

Estes movimentos contínuos e graduais levam a uma ideia de aprendizagem social e aprendizagem na administração pública, que mesclam evolução, aprendizado e amadurecimento de ideias como movimentos mais frequentes que revoluções, embora estas últimas possam representar, em alguns casos, possibilidades interessantes à sociedade.

2.2.1 As reformas estatais no Brasil a partir da década de 90

Para entender o contexto em que as Organizações Sociais foram criadas no Brasil, é necessário retornar ao início dos anos 1990. Em meio a uma crise econômica, desenvolveu-se uma agenda política pela reforma do Estado que incluía o ajuste fiscal com a redução do gasto público; as políticas de privatização de empresas estatais e economias voltadas para o mercado; reforma da previdência social; e reforma do aparelho estatal, objetivando melhor governança (BRESSER-PEREIRA; GRAU, 1999). Com um viés neoliberal, esta reforma do estado brasileiro ganhou vulto no governo de Fernando Henrique Cardoso. No ano de 1995 foi apresentado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), à luz do Programa Nacional de Publicização (PNP). O plano seguia a lógica de incorporar conceitos e práticas de mercado à administração pública, e evidenciava-se como caminho adotado pelo governo brasileiro para enfrentar problemas administrativos, sobretudo aqueles relativos à

crise fiscal e à necessidade de redução do aparato estatal, repassando parte de suas atividades ao mercado e a organizações sem fins lucrativos (COSTA; MELO, 1998). Estes movimentos representavam a chegada das ideias da NGP ao Brasil (SANO; ABRUCIO, 2008).

O foco central da proposta de reforma partia do pressuposto de que as principais causas da baixa eficiência e eficácia das políticas públicas era o excesso de controle de processos, a ausência de controle de resultados e a falta de participação da sociedade na condução das políticas. Assim, seu objetivo principal estaria em criar mecanismos para avaliar os resultados, reduzir os entraves pelo excesso de controle dos processos burocráticos e promover a participação social na gestão (PENTEADO FILHO, 1998), num misto entre os modelos aqui apresentados da NGP e do NSP, ou da combinação das agendas democrática e neoliberal, nas palavras de Farah (2001).

Na visão de Abrucio (2007), o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, criado pelo MARE, trazia a lógica da reforma por etapas, iniciando pela reforma burocrática e posteriormente partindo para a reforma gerencial propriamente dita. Na prática, o que aconteceu foi uma reorganização administrativa do Governo Federal, melhorando a disponibilização de informações da gestão pública e fortalecendo as carreiras de Estado. O que realmente se conseguiu não foi romper com o modelo burocrático weberiano, mas sim aperfeiçoá-lo. Bem da verdade, algumas iniciativas de desestatização aconteceram, com o leilão de empresas estatais tais como aquelas ligadas ao sistema Telebrás e a Vale do Rio Doce. Houve, também, a criação de agências reguladoras, tais como a Anatel, a ANTT e a ANEEL (ALMEIDA, 1999).

Várias leis, decretos e portarias foram editados nessa época, alterando aspectos da estrutura funcional e burocrática do Estado brasileiro. A Emenda Constitucional nº19, de 04/06/1998, merece destaque, visto que, entre outras coisas, criou o novo princípio constitucional da Eficiência, alinhando as diretrizes governamentais com a implementação do novo modelo gerencial da administração pública brasileira (PINTO, 2000). Outros dispositivos que merecem atenção e que influenciariam diretamente a implementação da NGP do Brasil podem ser citados, tais como: a Lei Complementar nº 82 (Lei Camata), de 27 de março de 1995, que disciplinou os limites das despesas com o funcionalismo público, na forma do art. 169 da Constituição Federal de 1988; a Lei Complementar nº 101 (Lei de Responsabilidade Fiscal), de 4 de maio de 2000, que, entre outras providências, estabeleceu normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal; a emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que além de outros, fixou percentuais

mínimos orçamentários de cada ente federativo e definiu o que pode ser considerado como gasto em saúde (CNS, 2012).

Kettl (1998) observa que, além das mudanças inerentes à redefinição e adequação desta nova visão de gestão pública, uma em especial é marcante neste processo. Muito mais do que a simples busca de eficiência, do efetivo resultado, do aumento do acesso e da melhoria da qualidade das atividades prestadas pelo Estado, um dos principais focos passou a ser a satisfação do cidadão tal qual acontece no mundo privado, transformando neste caso o exercício da cidadania em direitos de clientela, ou seja, convertendo o cidadão em um cliente-usuário.

A modernização da administração pública esteve intimamente assentada na introdução de novos processos e modelos de gestão. A introdução dos contratos de gestão e cogestão são exemplos que possibilitaram maior flexibilidade do aparato estatal, procurando estabelecer, de maneira clara e objetiva, a relação do poder público com o parceiro privado, especialmente no que tange às relações de trabalho, contratação de serviços e compras em geral (SOUZA, 1999; VARGAS, 2006).

O novo paradigma para a administração pública a partir da reforma administrativa do Estado brasileiro trouxe, entre outras, soluções de enfrentamento da crise estabelecida à época, como uma fonte de inspiração para a criação e delegação de atividades-fins do Estado, a partir do fortalecimento do corpo burocrático governamental, do desenvolvimento de um modelo de gestão orientado por resultados, e de mecanismos de contratualização quer com órgãos internos do aparelho estatal quer com organizações empresariais ou do terceiro setor (SANO; ABRUCIO, 2008).

Na área da saúde, em particular, os novos conceitos trazidos, principalmente pela visão gerencial da reforma, foram, de certa maneira, na contramão do que preconizava o movimento da reforma sanitária e, consequentemente, foram rejeitados por alguns *stakeholders* do SUS, em especial aqueles ligados aos movimentos sociais e sindicais atrelados ao Sistema.

2.2.2 Os novos modelos gerenciais e a *accountability* democrática

Apesar de existirem diversos conceitos e elementos relacionados à *accountability*, existe um senso comum de que ela é um importante elemento para caracterizar a boa governança no setor público e um dos fundamentos dos sistemas democráticos. A ideia de *accountability* em contextos democráticos está relacionada à obrigação dos que ocupam

posições no governo de prestar contas (evidenciação e publicização) aos governados, dando visibilidade aos seus atos, gerando maior grau de confiança entre governantes e a sociedade e permitindo que sejam premiados ou punidos por seus atos e omissões, ou seja, gerando responsabilização.

A informação é um pressuposto básico da transparência pública que, por sua vez, é um dos requisitos da *accountability*. Sem transparência, os cidadãos ficam privados de realizar julgamentos adequados em relação aos atos praticados pelos governantes (NAKAGAWA, 2007).

A *accountability* relaciona-se, portanto, à transparência dos atos ligados à gestão da coisa pública, a fim de oferecer à coletividade informações de que ela precisa para o efetivo exercício da cidadania, permitindo desenvolver processos de avaliação, controle e responsabilização dos agentes públicos, e de acompanhamento pelo cidadão do exercício do poder concedido aos seus representantes, além de estimular a sua participação, tão necessária e indispensável para a preservação da democracia (ROCHA, 2011).

De acordo com uma perspectiva gerencialista de administração pública, ou da Nova Gestão Pública, a definição clara de objetivos e resultados tende a favorecer a *accountability*, uma vez que o estabelecimento de metas e indicadores de resultados traz transparência e permite relações mais inequívocas de controle e sanção pelos *stakeholders* e pela sociedade, de maneira geral. Essa maior susceptibilidade ao controle público tende a contribuir, também, para a eficiência. A ênfase da *accountability*, nessa perspectiva de resultados, acaba por recair sobre o uso eficaz da informação, o estabelecimento de indicadores de desempenho e a preocupação constante com o monitoramento e a avaliação do efeito dos serviços e políticas públicas visando ao aumento da eficiência, da efetividade e da *accountability* da gestão pública (GOMES, 2009).

Sano e Abrucio (2008, p.67) esclarecem que a *accountability* pode ser promovida de diferentes maneiras, envolvendo desde dimensões como o julgamento político eleitoral por parte da sociedade em relação aos seus governantes, até a responsabilização dos agentes públicos por seus atos. Os autores comentam sobre a clássica divisão dos mecanismos de *accountability* nos eixos vertical e horizontal, metáfora amplamente citada nos debates sobre o tema:

[...] a análise da *accountability* envolve o estudo dos diferentes mecanismos institucionais de responsabilização, divididos em duas vertentes. A primeira é a dimensão vertical da *accountability*, que tem nas eleições seu principal instrumento e traz para a cena o mecanismo tradicional de premiação e castigo. A outra dimensão da *accountability* corresponde aos mecanismos horizontais, ou o velho tema da divisão dos poderes e dos controles e equilíbrios entre eles [...]. O desenvolvimento

da democracia também trouxe novas instituições que complementam o controle mútuo exercido entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, como o controle por resultados e por mecanismos de participação social.

Cabe enfatizar que a *accountability* não é opcional, ela é uma característica essencial em qualquer formato de administração pública ou estruturação do poder, quer como meio para combater a corrupção e eventuais desvios de conduta, quer como mecanismo de participação da sociedade. De acordo com Behn (1998), a Administração Pública Tradicional criou ao longo do tempo uma engenhosa maneira de registrar e prestar contas ao cidadão, algo que, para este autor, a Nova Gestão Pública ainda tem dificuldades.

Já no século XIX, em um ensaio de 1887, mesmo antes da Administração Científica de Taylor, Woodrow Wilson explicitava a necessidade de existir uma ciência da administração capaz de combater o problema da corrupção e fraudes que haviam invadido o governo norte-americano (BEHN, 1998). A ênfase ao combate à corrupção e à punição aos que descumprem as regras formais caracteriza um primeiro estágio das concepções de *accountability* e de administração pública, típicas da Velha Administração Pública. São enfatizados controles processuais e formais e é reforçada a dicotomia entre política e técnica ou política e administração, algo que atendeu às necessidades de combate à corrupção e melhoria da eficiência, em certa época. Conforme aponta Behn (1998, p. 6):

De muitas formas, o paradigma da administração pública solucionou o problema da corrupção. Ao separar a implementação das políticas públicas das decisões políticas que as criam, (...) os defensores da nova administração pública buscavam proteger as políticas do favoritismo e do ganho individual, que se intrometiam nas decisões administrativas sobre pessoal, suprimentos, finanças e prestação de serviços.

Com a emergência da nova gestão pública, algumas das críticas à administração pública tradicional e das propostas, embora tenham repercutido mundo afora, nem sempre são facilmente aplicáveis no que se refere à *accountability*. Ao apontar que a administração pública tradicional é lenta, burocrática, ineficiente, pouco responsável e improdutiva, e defender o cidadão, na esperança que o governo produza mais e melhores resultados, com eficiência, eficácia e efetividade de suas ações e políticas públicas (BEHN, 1998), a nova gestão pública exige uma nova concepção de *accountability*.

Desta maneira, a nova gestão pública traz consigo, além da mudança do paradigma da gestão propriamente dita, a necessidade de repensar como prestar contas à sociedade de forma clara e objetiva sobre seus atos. Na visão de Behn (1998), para que se possam dar respostas à sociedade e para que esta participe, compreenda e interaja com o processo, a nova lógica trazida pela NGP traz questões essenciais no que se refere à *accountability*, participação

social e responsabilidade. Estas questões dizem respeito a como os agentes públicos com maior autonomia e capacidade de resposta podem tomar decisões inovadoras em um governo democrático, de acordo com regras claras e transparentes, atendendo aos preceitos sociais e legais? E como podem caminhar no sentido da busca pela eficácia, eficiência e efetividade?

A sugestão do autor para esses desafios é que se pense nas quatro questões abaixo:

- Quem decidirá quais resultados devem ser produzidos?
- Quem deve responder pela produção desses resultados?
- Quem é responsável pela implementação do processo de *accountability*?
- Como irá funcionar esse processo de *accountability*?

As respostas destes questionamentos em relação ao SUS, em parte estão descritas na própria formatação do Sistema. A decisão sobre quais os resultados a serem produzidos diz respeito inicialmente às Conferências de Saúde e aos Conselhos de Saúde, como definidores das políticas públicas a serem desenvolvidas, dentro da lógica participativa trazida, de certa maneira, pela Nova Gestão Pública. A resposta pela produção dos resultados deve caber ao executivo de cada ente federativo, dentro de sua esfera de competência. Já de acordo com a abordagem do Novo Serviço Pública, em relação à implementação e ao funcionamento de processos de *accountability*, pela sua característica multifacetada, deveria ser desenvolvida por todos os atores sociais dentro de uma lógica de coprodução em que cada qual assumiria alguma parcela desta obra.

As experiências relacionadas à aproximação do cidadão das esferas de decisão governamental estão presentes no SUS, inclusive por força normativa legal, que prevê estas participações institucionalizadas nos conselhos e nas conferências de saúde, definindo as políticas públicas para o setor por meio de participação garantida e paritária de diversos segmentos da sociedade.

A preocupação com resultados também está presente, e cada vez mais frequente no SUS numa ideia relacionada à NGP, aonde diversos mecanismos de diagnóstico, planejamento, acompanhamento e gestão vão sistematicamente sendo incorporados tanto à administração pública como ao controle social. Como exemplo, pode-se citar a elaboração dos Planos de Saúde, e dos Relatórios de Gestão, cujo acompanhamento pode ser feito pelo SARGSUS – Sistema de Apoio aos Relatórios de Gestão do SUS. Há que se destacar, no entanto, que boa parte das atividades relacionadas ainda são operacionalizadas pelas Secretarias de Saúde, com a participação social se limitando aos Conselhos de Saúde, quando muito.

Desta maneira, no Brasil, embora seja crescente em diversas áreas de políticas públicas a preocupação com resultados e participação cidadã, ainda há centralidade do controle formal dos processos priorizando-se a detecção de erros e disparidades, em lugar de resultados em termos econômicos, sociais e políticos, nem sempre chegando à efetiva punição, tão importante para fechar o ciclo da *accountability*.

Neste sentido, Savoie (1995) é um dos autores que chama a atenção afirmando que não há como esquecer que a administração pública se desenvolveu em um ambiente político que não somente não tolera erros, como também está sempre em busca de falhas. Mesmo que uma administração pública esteja 90% certa, toda a atenção estará voltada para o 10% em que ela não foi assertiva (SAVOIE, 1995). Desta maneira, a efetiva punição aos gestores públicos, mandatários de cargos eletivos, estaria relacionado muito mais ao processo político-eleitoral do que sua responsabilização por irregularidades cometidas, ou mesmo por defasagem em desempenho.

Embora os erros façam parte de qualquer sistema, é necessário contextualizar, entendendo a dimensão vertical da *accountability*, seu reflexo político-eleitoral, e a lógica de premiação e castigo, já mencionada e transcrita acima de Sano e Abrucio (2008), além da exposição na mídia, o que normalmente tende a levar o agente público a uma condenação prévia pela sociedade, muitas vezes mesmo antes de dar-lhe qualquer direito à defesa ou análise de suas justificativas.

Neste sentido, é necessário trazer uma crítica ao circo formado, muitas vezes pela mídia ou outros grupos de interesses, que necessitam condenar previamente o agente público, ainda que em muitos casos isto não baste para roubar-lhes os votos em uma próxima eleição. Nas palavras de Andrade e Andrade (2009, p. 10):

A população, ao contemplar grandes representações midiáticas, com prisões espetaculares e coletivas, acaba usufruindo da sensação de segurança, de funcionamento do Estado e de concretização de Justiça. Contudo, pouco tempo após, vê-se profundamente frustrada com a soltura dos já antecipadamente condenados. A questão crucial não é uma falha do sistema que solta; a falha está exatamente nas prisões teatrais, efetuadas com desrespeito aos princípios constitucionais, com a condenação prévia sem o devido processo legal e, no mais das vezes, com a execração pública e encarceramentos injustificados, cujo resultado final do processo judicial é uma retumbante absolvição. A promoção do espetáculo não é função destas autoridades. Ele dá-se para satisfazer carecimentos pessoais, de ego ou de compreensão de mundo. E o custo social deste deletério esbulho da função pública é altíssimo e ainda está para ser quantificado: decréscimo de legitimidade; descrédito nas instituições; perda de credibilidade do Sistema Oficial de Justiça; malogro e custo das operações; injustiças pessoais e seus corolários.

Andrade e Andrade (2009, p.11) fazem, ainda, um questionamento, quando afirmam que embora muitos passem pelo constrangimento da condenação prévia da sociedade oriundo

do teatro montado, ou mesmo por uma condenação de fato, transitada em julgado, isto não necessariamente se traduz em perda eleitoral, o que leva a crer que a falta de *accountability* somente em pouco pode afetar a sociedade por sua dimensão vertical. Os autores, referindo-se à pesquisa realizada intitulada “Imagem das Instituições Públicas Brasileiras” e encomendada pela Associação dos Magistrados Brasileiros à Opinião Consultoria, com apoio do Instituto de Ciências Políticas da Universidade de Brasília, destacaram que:

A opinião pública nacional declara não achar adequado nem mesmo que se possa candidatar a cargo eletivo quem esteja sendo processado [...] a desarmonia entre o resultado da pesquisa e o comportamento eleitoral do cidadão, contudo, parece ser mais a realidade dos fatos do que a existente entre o voto efetivamente dado e a declaração de veto ao político processado. É fato notório, afinal, que políticos sabidamente processados são repetidamente eleitos, alguns alcançando, inclusive, condição de campeões nacionais de sufrágio. Isso parece demonstrar que, quando vota, o eleitor, afinal, não leva seriamente em conta o fato de o candidato estar *sub judice*. (ANDRADE; ANDRADE, 2009, p. 11, grifos do autor).

Apesar disto, a *accountability* dentro de uma lógica de transparência, prestação de contas à sociedade e elevação efetiva da participação cidadã no processo, diminuiria ao logo do tempo as possibilidades de prejulgamento da sociedade dos fatos ocorridos, tanto no campo político eleitoral, como na esfera de controle, legalidade e combate à corrupção, quer por inibir eventuais tendências de desvios de conduta, que por acompanhar e fiscalizar os processos em toda sua execução.

Assim, retornando à perspectiva da *accountability* ligada a controle de resultados, segundo Behn (1998), no intuito de diminuir o efeito negativo que resultados ou metas não alcançados possam provocar, é importante trazer para a discussão desde o início, um fluxo ordenado por processos, criando *accountability* com o compartilhamento com os *stakeholders* de todas as etapas deste processo. Assim, desde sua concepção, planejamento, definição de metas, verificação de resultados e revisão de metas para o próximo ciclo deveriam ser desenvolvidas de maneira participativa com os interessados e democraticamente explicitadas para toda sociedade, que estaria a par das consequências e desdobramentos desde o início.

Necessário se faz lembrar, de acordo com Behn (1998), que a *accountability* ligada a APT foi desenvolvida para criar e reforçar a confiança pública na probidade de seu governo. Na concepção da NGP e, principalmente, do NSP, a *accountability* exige mecanismos que possibilitem o envolvimento da sociedade nos processos de gestão, para que, à luz desta participação, os problemas sejam enfrentados de maneira madura, aberta, clara e não polemizada de última hora, a fim de que se possa garantir o resultado tão desejado e esperado pela sociedade.

Desta maneira, essa concepção de Behn (1998) da *accountability* na Nova Gestão Pública é convergente com a proposta do Novo Serviço Público. Para além do foco gerencial e nos resultados, a NGP, assim como o Novo Serviço Público - NSP, exige que os administradores públicos não tomem decisões isoladamente. É através do processo de diálogo, conquista, empoderamento e amplo envolvimento do cidadão que as questões públicas devem ser resolvidas, definindo-se o que constitui o interesse público em cada contexto e como este pode ser realizado.

Os gestores públicos continuam a ser responsáveis por assegurar que as soluções para problemas públicos sejam consistentes com as leis, normas democráticas e outras restrições. Mas suas responsabilidades vão além. É papel, também, dos gestores públicos colocar em discussão com os *stakeholders* de cada área de política pública ou serviço público as informações, os desafios, os dilemas, os conflitos, para juntos encontrarem caminhos e definirem metas. Que uma vez configurando-se como interesse público, tendem a ir além dos interesses de cada grupo. Não se trata de simplesmente a sociedade julgar a adequação da ideias e propostas após os fatos terem ocorrido, mas sim durante e depois do processo.

É, portanto, papel dos gestores públicos dar visibilidade para que eventuais conflitos e parâmetros sejam conhecidos dos cidadãos. Ao conduzirem o relacionamento com os *stakeholders* e a sociedade desta maneira, os gestores públicos contribuem para a busca de soluções realistas e factíveis, como também constroem cidadania e *accountability* (DENHART; DENHART, 2000).

Buscando sintetizar as diferentes abordagens à *accountability* em cada um dos três modelos de administração pública, recorre-se a Rocha (2011), que estabelece (Ilustração 1):

Ilustração 1 – Modelos teóricos de administração pública e *accountability*

Modelo	Concepção	Abordagem	Responsabilidade dos Gestores	Caracterização do Processo de Accountability
APT	Hierárquica	Conformidade	Pela implementação das políticas públicas perante os líderes eleitos	Accountability de Processos
NGP	Regras de Mercado	Resultados	Pelos resultados das políticas públicas perante os líderes políticos eleitos	Accountability de Resultados
NSP	Valores Democráticos	Multifacetada	Por cumprir a lei; postura ética, em prol dos interesses públicos, democráticos e do cidadão.	Accountability Democrática

Fonte: Adaptado de Rocha (2011, p. 94).

Desta forma, existem várias dimensões relacionadas à *accountability*, que envolvem a interligação de concepções como transparência, responsabilidade, controle, legalidade e responsividade. A transparência diz respeito à revelação dos atos praticados; a responsabilidade trata de aspectos relacionados a assumir consequências pelos atos praticados; o controle revela a aproximação entre o praticado e o definido como política pública; a legalidade expressa a busca do cumprimento das normativas legais; e a responsividade abrange a capacidade de suprir as expectativas das demandas e necessidades (KOPPELL 2005).

Direcionando essa discussão para o campo da saúde no Brasil, e da atuação das OSSs, cabe destacar o papel do Controle Social na *accountability*, que é parte integrante e essencial do SUS, desde sua concepção, estimulado pelas premissas democráticas da reforma sanitária.

Nas palavras resumidas de Almeida (2004, p. 124):

O Controle Social, ou democracia direta, refere-se ao acesso à informação e à participação da sociedade civil, organizada ou não na gestão, implementação de ações e fiscalização das organizações públicas e privadas. Bem como, na formulação e revisão de diretrizes, normas e contratos das mesmas. Sendo que ele pode ser exercido pela via formal – mediante previsão legal ou estatutária desta participação – ou informalmente, por meio de espaços de exercício do controle social, institucionalizados ou não.

Em solo catarinense, dentro da lógica trazida pela NGP, mais especificamente a terceirização da gestão de unidades de saúde para as OSSs, a transparência e a *accountability* passam pela publicação de todos os atos legais, desde o edital de seleção de projetos até os balanços legais e relatórios da Comissão de Avaliação e Fiscalização - CAF. Esta comissão é composta por diferentes segmentos, contando com um representante de cada um dos segmentos/órgãos: Secretaria de Estado da Saúde, da Secretaria de Estado do Planejamento, dos servidores públicos cedidos, da sociedade civil (indicados pelo Conselho Estadual de

Saúde) e da OSS executora do Contrato de Gestão, indicado pelo órgão de deliberação superior da entidade.

Além da CAF, existe o comitê de acompanhamento do programa de OSSs, constituído por decreto específico e composto por dois representantes da Secretaria de Estado do Planejamento, sendo um o Presidente do Comitê, um componente da Secretaria de Estado da Administração, um representante da Secretaria de Estado da Fazenda, e quatro membros de entidades representativas da Sociedade Civil, indicados por Conselhos Estaduais de Políticas Públicas (SES, 2012). Todos os documentos relativos a cada contrato de gestão estão à disposição dos órgãos de controle, tais como o Tribunal de Contas do Estado e do controle social exercido, entre outros, pelo Conselho Estadual de Saúde.

O fluxo de definição dos editais, das metas e dos recursos financeiros, no caso catarinense, extingue o pagamento por procedimento constante da tabela SUS. Cada OSS, de acordo com suas características de assistência, tem pré-definido em seu contrato um custeio proporcional à meta estabelecida, constituído de uma parte fixa e uma parte variável. As metas quantitativas de volume assistenciais parametrizam a parte fixa, e a qualidade e eficiência apuradas nos serviços prestados, dentro de determinados indicadores, a parte variável. Caminha-se no sentido de uniformizar e padronizar os editais e contratos de gestão, incorporando a evolução e o aprendizado da SES, ocorrido ao longo do tempo desde o primeiro contrato em 2007 (SANTA CATARINA, 2012).

Essa breve descrição de procedimentos adotados na relação entre o Estado, as OSSs e outros envolvidos no sistema mostra a combinação de elementos de *accountability* relativas aos três modelos de administração pública, combinação esta que se verifica na variedade de instrumentos utilizados na gestão e na diversidade de visões de seus *stakeholders* sobre quem e o que deve ser priorizado, o que será demonstrado adiante.

2.3 ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE

A Constituição Federal do Brasil de 1988 trouxe avanços com a introdução de um conjunto de direitos sociais, em especial o direito universal, integral e igualitário à saúde (PAIM, 1987; FLEURY, 1989). Dentro desta perspectiva, assegurou que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (art. 196). Atribuiu ao Estado o dever de garantir o direito à saúde e não necessariamente de executá-lo.

Na sequência do texto da carta magna, é dito que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua

regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (art. 197), complementado pela assertiva de que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (art.199).

A Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde no art. 198 e admitiu que a atividade privada pudesse atuar no conjunto de ações e serviços, prevendo de forma expressa a sua participação em caráter complementar, preferencialmente pela iniciativa de entidades filantrópicas e outras sem fins lucrativos (art.199 §1º), para, então, dois anos mais tarde, estar também expressa na Lei 8.080/90 em seu art. 4º, § 2º (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Em 1995, em meio à onda reformista que contemplava ideias gerenciais e de resultado da NGP, foram definidas no Brasil como organizações sociais um conjunto de organizações de direito privado, do terceiro setor, com características de interesse social e de utilidade pública, sem fins lucrativos, com atividades nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. O título jurídico de organização social é resultado de um ato formal e discricionário de reconhecimento do Estado, facultativo e eventual, similar em vários aspectos aos conferidos às organizações privadas sem fins lucrativos quando se caracterizam como de utilidade pública, mediante o cumprimento de determinados requisitos gerais de constituição e funcionamento expressamente definidos em lei (MODESTO, 2006).

O modelo de gestão de unidades e serviços de saúde por organizações sociais, enquanto instrumento da NGP, partiu de algumas premissas básicas, que nas palavras de Souza (1999) são assim definidas:

- Representam uma tentativa de descentralização na medida em que retiram responsabilidade do núcleo burocrático do Estado e repassam-no para o ente público não estatal;
- Passa a existir a compreensão de uma esfera pública não estatal, a definição de publicização, onde o estatal e o privado não lucrativo são considerados públicos;
- O estabelecimento de regras claras e definidas por meio de um contrato de gestão, agregando autonomia, flexibilização e eficiência na gestão dos recursos e *accountability* em relação aos resultados.

A busca por novos formatos de gestão que pudessem trazer maior autonomia administrativa (principalmente em relação à contratação de pessoas e a gestão de recursos financeiros e materiais) e mecanismos e ferramentas administrativas utilizadas no setor privado, com ênfase na busca por eficiência, eficácia e efetividade traduzidos em resultados,

flexibilidade administrativa e redução de custos, culminaram com a edição da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, possibilitando terceirizar a gestão de unidades públicas de saúde para as Organizações Sociais (ALMEIDA, 2004).

As OSSs desenvolvem serviços gratuitos à população, regulamentados, controlados e custeados pelo Estado por meio do gerenciamento de unidades de saúde e afins, notadamente hospitalares públicos (FERLIE et al., 1999).

As dificuldades que os gestores de unidades de estabelecimentos de saúde da administração direta possuem limitam muito suas possibilidades, já que não podem, por iniciativa própria ou agilidade necessária, desencadear decisões administrativas relativas à gestão de pessoas (quantitativos de pessoal; sua contratação ou demissão; níveis de remuneração, benefícios e vantagens; premiações por desempenho, dentre outros), à gestão de materiais e contratos de serviços (procedimentos, limites, modalidades e prazos de aquisição de materiais e serviços), à gestão contábil e financeira (adoção de contabilidade gerencial baseada em controle de custos e gestão por resultados) além da gestão patrimonial (alienando inservíveis, atualização tecnológica, definição de regras e critérios para a manutenção de equipamentos e instalações). Somam-se a estas outras dificuldades impostas à área da saúde, por sua complexidade e peculiaridades, além de outras, descritas na Lei Complementar nº 101/2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, cujo descumprimento pode trazer sanções institucionais ao ente federativo, tais como suspensão das transferências voluntárias da União, de operações e garantias de crédito, podendo inclusive trazer penalidades aos gestores públicos, até mesmo a prisão (CONASS, 2006).

Barata e Mendes (2006) observam que alguns *stakeholders* que fizeram parte dos movimentos originários da reforma sanitária ou que os sucederam, embora conheçam os limites da gestão de unidades de saúde, insistem na ideia de que a assistência dada à população pelo SUS deva ser feita exclusivamente por unidades públicas, gerenciadas pelo Estado. Em muitos casos, porém, pelos motivos já descritos, isso se traduz em baixa eficiência e baixa qualidade, oriundas na prestação do serviço pelo Estado dentro do modelo tradicional de gestão pública. Para os autores, é necessário buscar maior racionalidade na utilização dos recursos, mesmo mantendo-se o caráter público das ações desenvolvidas, desde que se migre para novos formatos de gestão como a gestão pelas OSSs. Dentro desta visão “o que é público não necessariamente precisa ser estatal”, embora deva continuar a ser regulado, financiado, fiscalizado e a ele seja dada toda *accountability* necessária pelo Estado (BARATA; MENDES, 2006).

Modesto (2006), nessa mesma linha, sugere que é necessário interpretar e refletir sobre o que representam as OSSs para a redefinição da maneira como o Estado pode atuar na área da saúde, por meio da adoção de uma atitude aberta, com ânimos desarmados, maturidade, negação ao modelo burocrático weberiano e valorização de uma política por mais e melhor acesso aos serviços de saúde e a racionalização dos recursos disponíveis, pela substituição dos antigos esquemas conceituais por um novo paradigma, um novo modelo de gestão pública não estatal.

Desta maneira, com a introdução destes novos conceitos e propostas de modelos institucionais, os debates sobre modelos de gestão tornaram-se uma das principais questões discutidas entre os *stakeholders* da saúde pública brasileira a partir dos anos 1990. Basicamente, os objetos dos debates giram em torno de uma alteração dos preceitos assistenciais trazidos ao SUS pela reforma sanitária, traduzidos na implantação destes modelos de gestão diferentes do gerenciamento integralmente público, mediante a transferência de recursos, equipamentos, instalações e pessoas para organizações privadas (principalmente fundações, cooperativas e instituições religiosas) para em que, em nome do Estado, desenvolvam a gestão, sobretudo de hospitais públicos (ELIAS, 1999).

Há que ressaltar que a assistência médico-hospitalar, desde o início da colonização do Brasil até o final do século XIX era praticamente oferecida pelas Santas Casas e pela filantropia em geral, e que, com exceção do combate às epidemias do início do século XX e das 32 casas de “alienados” instaladas pelo Brasil em 1912, esta realidade somente iria ser alterada após os anos de 1920, de maneira gradativa, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP (MORAES, 2005).

É necessário reafirmar, nas palavras de Modesto (2006), que as organizações sociais são personalidades jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, direcionadas às atividades de relevante valor social, que independente de concessão ou permissão do poder público, foram criadas por iniciativas privadas e que dentro dos requisitos descritos na lei, são reconhecidas, fiscalizadas e fomentadas pelo Estado. Integram o bloco considerado como terceiro setor (nem público e nem privado).

A parceria estabelecida entre o poder público e as OSSs, na visão de Modesto (2006), de certa maneira representa uma forma de participação popular na gestão administrativa, isto porque, sendo organizações privadas de fins públicos, sem finalidade lucrativa, constituídas voluntariamente por particulares que ajudam o Estado na execução de suas atividades de relevante interesse público, se constituem dos mesmos princípios materiais e formais das pessoas jurídicas privadas de utilidade pública. O autor complementa quando acredita que elas

não apresentam uma estrutura jurídica inovadora, apenas possuem um título especial, conferido pelo Estado mediante os requisitos de qualificação estabelecidos em lei.

Em um estudo apresentado com oito países europeus, identificou-se que, quando se trata da garantia de acesso a serviços de saúde, existe uma maior presença de organizações e prestadores privados oriundos do funcionamento destes mercados, mesmo em países que possuem ênfase em grandes esquemas de proteção social, embora em vários deles se constate que a grande quantidade na oferta de serviços de saúde prestados por organizações privadas sejam de natureza filantrópica (MAARSE, 2006). Corroborando este entendimento, pode-se afirmar que houve o reconhecimento dos constituintes construtores da Constituição Federal de 1988, para com as entidades privadas filantrópicas atuantes em território brasileiro, sobretudo as santas casas de misericórdia e os hospitais de beneficentes, ao garantir-lhes a participação complementar no SUS (BARATA; MENDES, 2006).

Mesmo assim, entre os críticos à criação de OSSs, estão os que entendem a terceirização como privatização do Estado. De acordo com Modesto (2006), não se deve confundir a terceirização com a privatização. A privatização possui uma condição clara de transferência do domínio estatal para o domínio empresarial de natureza econômica, com a respectiva diminuição do Estado em termos de recursos e de pessoal. Isto não se traduz em verdade no caso das OSs. O autor afirma que:

No modelo das organizações sociais esses pressupostos (relativo à privatização) não comparecem. Primeiro, porque o ato de qualificação de uma entidade como organização social independe de qualquer extinção prévia ou posterior de ente público. Segundo, porque quando as entidades qualificadas recebem prédios ou bens públicos como forma de apoio ou fomento por parte do Estado não há transferência de domínio, mas simples permissão de uso, continuando os bens a integrar o patrimônio do Estado. Terceiro, por que os contratos ou acordos de gestão que o Estado firmar com as entidades qualificadas não terão nem poderão ter finalidade ou natureza econômica, convergindo para uma finalidade de natureza social e de interesse público, cuja realização obrigatoriamente não pode objetivar o lucro ou qualquer proveito de natureza empresarial. A relação entre as organizações sociais e o Poder Público deve ter fundamento numa ética da solidariedade e numa ética do serviço. Quarto, porque o Estado não apresentará qualquer retração financeira, patrimonial ou de pessoal quando vier a qualificar ou permitir o uso de bem público por organização social. A instituição qualificada, pelo contrário, demandará persecução do interesse público. O modelo das organizações sociais, assim, realiza-se como estratégia em tudo oposta à de privatização, assumindo claramente uma opção de recusa à aplicação da lógica do mercado nas atividades de natureza social. (MODESTO, 2006, p. 21).

A atuação das OSSs se enquadra em uma lógica de “descentralização social da administração”, pois mesmo sendo organizações privadas, elas se destinam a atuações públicas, públicas não estatais, paraestatais, de interesse coletivo, de realização do bem

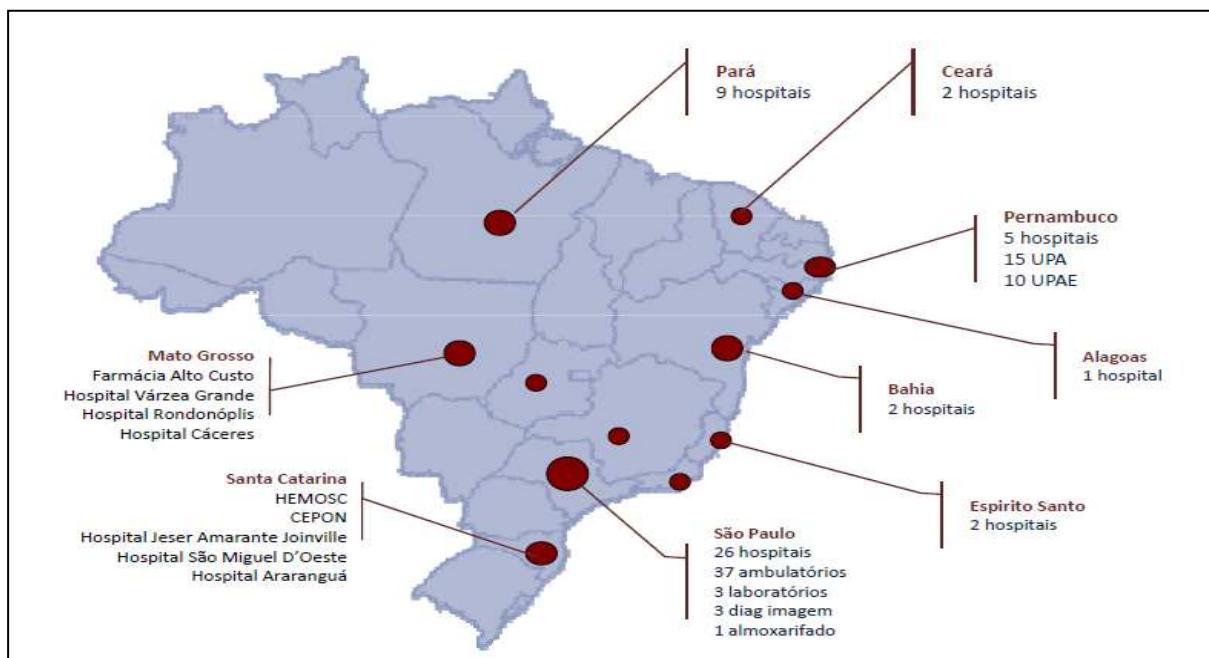
comum, se aproximando da administração pública como parceiras em condições privilegiadas descritas em lei (MOREIRA NETO, 1989; MODESTO, 2006).

Elas sugeram como uma alternativa, como uma resposta à busca de um modelo que considerou as dificuldades de manutenção do custeio da rede de serviços públicos, neste caso os da saúde, e mais especificamente os da atividade hospitalar, naquele momento. Sobretudo, buscou atender aos limites de acesso à rede de média e alta complexidade, pois a rede existente não conseguia atender à necessidade da sociedade por sua expansão, tampouco garantir o acesso equitativo e de qualidade nas diferentes regiões do país (BARATA; MENDES, 2006), algo que até hoje ainda é um desafio em boa parte do país.

Para Barata e Mendes (2006), não existem dúvidas de que OSSs serão sempre entidades públicas, uma vez que, enquanto organizações sociais mantenham os princípios do SUS, submetam-se aos gestores públicos, aos órgãos de controle e ao controle social, e garantam o acesso e a sua qualidade inerente no atendimento ao cidadão de maneira universal, equânime e integral.

Mesmo com controvérsias e resistências, a implantação de OSSs no país vem ocorrendo em pelo menos 12 estados brasileiros. A figura 1 apresenta um panorama das principais OSS implantadas no Brasil, mostrando os estados que utilizavam o modelo de gestão de unidades públicas de saúde terceirizadas para OSS em 2011.

Ilustração 2- Distribuição das principais OSS em funcionamento no país



Fonte: Taborda (2011).

Outro questionamento recorrente diz respeito a quanto mais eficiente tende a ser a gestão por meio de OSSs do que a gestão direta pelo Estado. Embora existam argumentos de que estas comparações não possam ser feitas plenamente, pois os mecanismos e meios de funcionamento de cada modelo são muito diferentes, o Banco Mundial, em parceria com o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, desenvolveu um estudo comparando o desempenho hospitalar entre 10 unidades hospitalares com gestão da administração direta em São Paulo, com 12 hospitais gerenciados por OSSs. O estudo foi realizado no ano de 2003 e chegou à conclusão que as OSSs produziram 35% mais altas hospitalares gerais, 61% mais altas cirúrgicas, 62% mais altas de clínica médica e 65% mais altas de clínica obstétrica com relação à oferta de leitos (COSTA; RIBEIRO, 2005).

Ainda sobre os resultados comparativos entre o modelo de gestão direta ou terceirizada por OSSs, Barata e Mendes (2006) divulgaram dados levantados pela Coordenadoria de Serviços de Saúde – CSS da Secretaria de Saúde de São Paulo em um estudo comparativo realizado em 2005 com 13 hospitais gerenciados por OSS (2.998 leitos), contra 13 hospitais de administração direta da SES/SP. Em ambos os casos, os hospitais estudados tinham porte e atendimento semelhantes. Os resultados estão resumidamente apresentados na Tabela 1:

Tabela 1- Estudo comparativo entre hospitais de administração direta e OSSs

Indicador	Adm. Direta	OSS	% OSS/Adm. Direta
Orçamento (R\$ milhões)	612,45	662,18	8,1% maior
Taxa Média de Ocupação	75,8	79	4,2% maior
Nº de Saídas (pacientes mil)	116	166	42,8% maior
Nº de Saídas/leito	39,7	58,1	46,1% maior
Gasto Médio/Saída (R\$)	3.554	2.691	24,3% menor

Fonte: Adaptado de Barata e Mendes (2006, p. 46).

Estes dados sugerem que as OSS foram mais eficientes e otimizaram os recursos públicos utilizados, apresentando maior produtividade por gasto realizado.

Segundo Taborda (2010), os hospitais que estão sendo gerenciados por uma OSS cuja relação com o Estado está definida em um contrato de gestão podem prever nestes contratos a inovação tecnológica, a satisfação do usuário, a melhoria da qualidade, a qualificação do pessoal e a redução de custos. Isto e tudo o mais pode ser um pré-requisito do contrato e, portanto, pode ser negociado entre o Estado e a OSS. Por meio deste recurso, pode-se garantir melhor qualidade dos serviços oferecidos.

Desta maneira, a relação entre o Estado e uma organização social, quando da definição de seus compromissos institucionais e alinhamentos estratégicos, é previamente estabelecida e

claramente explicitada, no edital de concurso de projetos, no qual estão definidos: a sua missão, seus produtos e clientes, seus objetivos e metas, sua estrutura organizacional, as tecnologias a serem utilizadas, suas ferramentas de planejamento e gestão, recursos humanos, custos e investimentos. Adicionados a estes elementos, encontra-se o prazo de duração do contrato de gestão, os níveis de remuneração, os critérios e mecanismos de controle e avaliação de desempenho, além dos direitos e obrigações dos dirigentes, e as penalidades e bonificações que possam existir pelo cumprimento ou não das metas estabelecidas (IBAÑEZ et al., 2001). Tão logo definida a OSS vencedora do certame, todos os itens passam a constar do seu contrato de gestão com o poder público.

Os debates entre os membros do Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina têm exposto várias controvérsias entre defensores e críticos do modelo de gerenciamento das unidades de saúde terceirizadas por OSS. O embate parece estar direcionado a este modelo específico, visto não estarem presentes na discussão outros modelos de terceirização adotados pelo Estado desde a década de 1970, como é o caso, dentre outros, do Hospital Regional de Chapecó, Hospital de Xanxerê e do Hospital Marieta Konder Bornhausen, de Itajaí.

Ainda assim, o posicionamento na 6^a Conferência Estadual de Saúde realizada em 2011 e o encaminhamento das votações do pleno do CES, tem sido no sentido de condenar o modelo e tentar expurgá-lo do SUS. A SES tem argumentado que o modelo de gestão de suas unidades é uma prerrogativa sua enquanto gestora executiva do SUS estadual, e que o modelo de gestão diz respeito ao gerenciamento das unidades e não se trata de uma política de saúde e, portanto, não está sob o julgo do CES.

À parte dos embates travados, ou talvez em reação a eles, o CES não aprovou a prestação de contas da SES do ano de 2011, sob o argumento de que a Secretaria não estaria respeitando as decisões do Conselho quando apareciam nas referidas contas os gastos com as OSSs. Desta maneira, é necessária uma análise mais profunda dos posicionamentos dos *stakeholders*.

2.4 ANÁLISE DE STAKEHOLDERS

O termo *stakeholder* surgiu em 1963, formulado pelo Standford Research Institute - SRI como consequência de um jogo de palavras em inglês comuns ao mundo corporativo. A gênese envolveu a palavra *shareholder*, como alguém que detém ou possui uma parte da propriedade, a palavra *stockholder*, como o proprietário do capital corporativo e a palavra *stake*, que em português significa aposta ou promessa. A intenção na criação de *stakeholder*

era identificar todo aquele que possui algum interesse em jogo na atividade da empresa (FREEMAN; REED, 1983).

Os *stakeholders* dizem respeito ao conjunto de pessoas, grupos ou instituições que se mostram interessadas em um determinado projeto, processo ou organização ou que podem influenciar ou serem influenciados, afetar ou serem afetados pelos seus objetivos e resultados (FREEMANN, 1984). Em complementação a este conceito, pode-se ainda afirmar que os *stakeholders* são grupos ou pessoas identificáveis com os quais a organização possua algum vínculo de dependência para sua sobrevivência (FREEMAN; REED, 1983; BOWDITCH; BUONO, 1992).

A teoria dos *stakeholders* reconhece os atores sociais que interagem com a organização, considerando que esses diferentes atores podem interferir nas decisões dela ou mesmo podem constituir grupos de interesse pela organização. Um dos objetos contidos na teoria contempla a ideia da democratização das relações entre a sociedade e empresas, em substituição ao foco tradicional na capacidade de a empresa atender aos interesses dos acionistas (FARIA; SAUERBRONN, 2008).

Há que salientar a necessidade de atenção especial quanto à utilização da teoria dos *stakeholders* na administração pública, pois em função de que seu desenvolvimento originou-se da prescrição de modelos de gestão empresarial vindos do mundo privado, ela está fortemente focada na ideia do cidadão como cliente ou mesmo na ideia do agente público como empreendedor, além de focalizar a dimensão organizacional da esfera pública. Embora a identificação de grupos interesses e suas estratégias já ocorressem, de certo modo, na abordagem da Velha Administração Pública, é na Nova Gestão Pública que esse viés se acentua.

Nos dias atuais, a estruturação da sociedade em redes e grupos de interesse foi facilitada pelo acesso e troca de informações e opiniões, sobretudo por meio das redes sociais, que ampliaram os espaços de articulação entre os *stakeholders*. Assim, eles passaram a desempenhar múltiplos e simultâneos papéis, avançando crescentemente nas suas demandas de participação social e na conscientização dos seus direitos e deveres como cidadãos. Embora o processo em relação à esfera pública represente uma relativa novidade, cresceram igualmente as exigências de conduta ética e responsabilidade das organizações e de seus gestores. Assim as organizações tendem a serem mais pressionadas a desenvolver mecanismos de *accountability* sobre suas atuações e práticas, despertando mais comumente a necessidade do gerenciamento da relação com seus *stakeholders* (OLIVEIRA; DE PAULA, 2006).

A gestão de relacionamentos com os *stakeholders* tornou-se assim, quase que uma exigência imposta às organizações, tanto públicas (mais recentemente) quanto privadas, diante dos desafios característicos de uma sociedade organizada em rede e da penetração e capilaridade dos *stakeholders* nesta sociedade. Embora Ashley (2002) tenha feito a afirmação a seguir pensando inicialmente no mundo corporativo, ela se aplica às organizações públicas, principalmente pensando-se em governança sob a égide da NGP e do NSP:

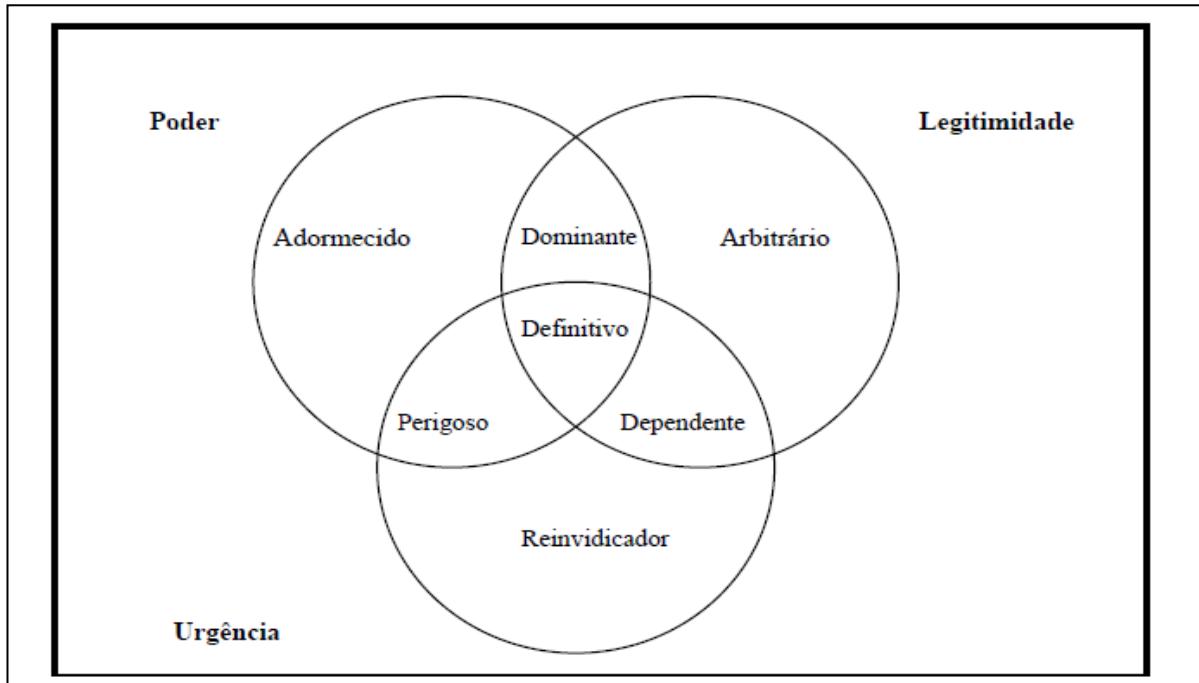
No contexto atual, a empresa que deseja a sua sustentabilidade a longo prazo precisa ter competência para ser excelente gestora de redes de relacionamentos entre diversos grupos de atores sociais, também conhecidos por *stakeholders* (demandantes de seus produtos, fornecedores, trabalhadores, gestores, acionistas, agentes financeiros, governo, comunidade local, ecossistema afetado pela sua operação, academia – ciência e tecnologia – e, certamente, todos eles enquanto famílias e indivíduos). (ASHLEY, 2002, p. 5).

Desta forma, o interesse em pesquisar os *stakeholders* em organizações normalmente visa identificar quem são eles e quais as influências que eles exercem sobre o ambiente organizacional estabelecido e a própria organização, a fim de que se possa estabelecer e/ou melhorar o relacionamento com eles (ROWLEY, 1997).

Assim, buscou-se o modelo de Mitchell, Agle e Wood (1997), que afirmam ser possível identificar sete diferentes tipos de *stakeholders* a partir da detenção ou combinação de três atributos - poder, legitimidade e urgência. O poder diz respeito à habilidade que alguns possuem para transformar o poder que detém em resultados que desejam. A legitimidade é uma percepção genérica ou uma suposição de que determinadas atitudes são desejadas, por ações próprias ou apropriadas dentro de algum sistema de normas, valores e crenças, sendo assim socialmente aceitas, definidas e legitimadas. Já a urgência, descrita pelos autores, trata-se de algo que dirige as ações e que é imprescindível e imediato, estando desta maneira condicionada à percepção de tempo e de importância dada ou não pelos *stakeholders*.

A figura 2 ilustra os atributos e como seriam distribuídos os sete tipos resultantes da combinação entre esses atributos em três classes, na visão destes autores.

Ilustração 3- Diferentes tipos de *stakeholders*



Fonte: Adaptado de Mitchell; Agle; Wood (1997, p. 874).

Para Mitchell, Agle e Wood (1997), os sete tipos de *stakeholders* são:

- ***Stakeholder Adormecido***: seu atributo está ligado somente ao poder. Pelo poder que detém pode tentar impor sua vontade, porém não tem legitimidade ou urgência, ficando sua capacidade de influenciar a organização limitada, de maneira potencial, latente ou adormecida até que consiga outro atributo. A organização deve dar atenção e monitorar este *stakeholder* pela possibilidade dele conseguir um segundo atributo. Exemplo: um Secretário de Estado de outra pasta, sem relação direta com a saúde, ou com o grupo gestor estadual, em relação à SES;
- ***Stakeholder Arbitrário***: seu atributo está ligado unicamente à legitimidade, mas não possui poder para influenciar a organização ou mesmo urgência para fazê-lo. Exemplo: um servidor sem cargo de chefia, em relação à SES;
- ***Stakeholder Reinvindicador***: seu atributo é a urgência, ele é sempre reivindicador e exigente, mas, sem poder ou legitimidade, está sempre pedindo e pouco influenciando a organização. Deve também ser monitorado de perto pelo potencial de conseguir outro atributo. Exemplo: um conselheiro suplente do CES, em relação à SES.

- Stakeholder Dominante: tem muita influência na organização, garantida por poder e pela legitimidade. A organização deve dar muita atenção a este *stakeholder*, pois ele interage muito com ela e tem grande capacidade de influência sobre a mesma. Exemplo: o Ministério Público, em relação à SES;
- Stakeholder Perigoso: existem neste caso também dois atributos, mas desta vez ligados a poder e urgência, ficando de fora a legitimidade. Assim o que impera é um *stakeholder* coercitivo ou mesmo violento para com a organização, representando literalmente um perigo à mesma. Exemplo: um líder sindical da área da saúde, em relação à SES;
- Stakeholder Dependente: está ligado aos atributos de urgência e legitimidade, no entanto, depende do poder de outro *stakeholder*, para fazer com que suas ideias sejam levadas em consideração. Exemplo: um cidadão comum em suas necessidades individuais, em relação à SES;
- Stakeholder Definitivo: é detentor dos atributos de poder e legitimidade, tendo a capacidade de alcançar o terceiro atributo, a urgência, configurando-se assim como tendo a competência para decidir de maneira definitiva. Se alegar a urgência será quase que absoluto, devendo se dar atenção imediata e priorizada ao mesmo. Exemplo: o Secretário Estadual de Saúde, em relação à SES;

Os *stakeholders* ainda podem ser classificados segundo a maneira como podem ser vistos pela combinação de seus atributos e a forma como tendem a se relacionar com a organização ou com seus gestores (MITCHELL et al., 1997). Desta forma, segundo estes autores, eles podem ser assim classificados:

- Stakeholders Latentes: são aqueles *stakeholders* que se encontram isolados e representam uma classe de pouca importância. São percebidos pelos gestores como pouco relevantes, por possuírem somente um dos três atributos já mencionados. Desta forma, provavelmente receberão pouca ou nenhuma atenção ou reconhecimento da organização. Esta classe engloba os *stakeholders* adormecidos, arbitrários e reivindicadores.
- Stakeholders Expectantes: possuem a combinação de dois atributos, sendo assim, representam classes moderadamente relevantes. No que diz respeito à relação entre os gestores e este grupo de *stakeholders* com dois dos três atributos mencionados, observa-se um potencial para migrar para um relacionamento mais intenso com certa frequência. Estes *stakeholders* são

vistos como aqueles que esperam alguma coisa a mais da organização. Isto porque a combinação de dois atributos dos três leva o *stakeholder* a uma atuação mais ativa, com um aumento correspondente na atenção da organização para com seus interesses. Assim, o nível de relacionamento entre os gerentes e estes *stakeholders* é assumidamente ou potencialmente maior. Os *stakeholders* expectantes englobam os dominantes, os dependentes e os perigosos.

- ***Stakeholders Definitivos:*** são aqueles cuja combinação possua potencialmente todos os três atributos (incluindo-se ainda a complexa relação entre eles). São vistos como *stakeholders* altamente relevantes e definitivos. Por definição, um *stakeholder* que tenha poder e legitimidade será membro da coalizão dominante da organização e, quando a reivindicação de tal *stakeholder* é urgente, os gerentes têm uma definição clara para atender e dar prioridade à reivindicação deste *stakeholder*.

Considerando-se o desenvolvimento de um relacionamento com os *stakeholders* como importante para o sucesso de qualquer projeto nas organizações, pode-se analisar esse relacionamento em um processo em cinco fases: pensamento estratégico, análise e planejamento, fortalecimento da capacidade de relação, desenho do processo de relação com os *stakeholders*, além da ação e revisão (KRICK et al., 2006 apud MORAIS et al., 2007). O quadro 2 apresenta de forma resumida os processos de melhoria do relacionamento com os *stakeholders*.

Ilustração 4- Processo de melhoria do relacionamento com os *stakeholders*

Etapa	Meta	Ações	Produto específico	Resultado final
Pensamento estratégico.	Identificar os <i>stakeholders</i> e temas chaves da organização.	Descrição dos <i>stakeholders</i> . Matriz de poder e interesse.	Mapa de <i>stakeholders</i> . Matriz de <i>stakeholders</i> e temas. Temas e/ou <i>stakeholders</i> prioritários	Compreender melhor a quem afeta a organização e por quem ela é afetada.
Análise e planejamento.	Avaliar a situação atual da organização, conhecer melhor os temas e planejar adequadamente.	Avaliar a capacidade organizacional para responder aos temas e aos <i>stakeholders</i> .	Maior conhecimento dos temas e dos <i>stakeholders</i> . Conhecimento dos pontos fortes e fracos da organização.	Compromisso intenso.
Fortalecimento da capacidade de relação.	Identificar as capacidades individuais do sistema organizacional	Identificação das capacidades internas necessárias	Capacitação e/ou seleção para desenvolver o ator chave.	A organização e seus <i>stakeholders</i> têm capacidade de relacionarem-se de forma efetiva.

	necessário para relacionar-se efetivamente com seus <i>stakeholders</i> .	Desenvolvimento das capacidades dos <i>stakeholders</i> .		
Desenho do processo de relação com <i>stakeholders</i> .	Planejar e executar efetivamente atividades de relação com <i>stakeholders</i> .	Definir que ferramenta e enfoque utilizarem. Assessoramento em enfoques chaves.	Desenvolver processos de relação com <i>stakeholders</i> .	A organização e seus <i>stakeholders</i> obtêm informações, começam a se entender e promovem acordos para atuar em temas de interesse mútuo.
Ação e revisão.	Traduzir os novos conhecimentos, experiências e acordos em ações	Planejar ações Gerenciamento da confiança Revisão do processo	Planos de ação Retroalimentação de informações aos <i>stakeholders</i> . Troca na relação para novos ciclos.	Troca nas ações da organização e/ou <i>stakeholders</i> .

Fonte: Adaptado de Krick et al. (2006 apud MORAIS et al., 2007).

As estratégias ligadas aos *stakeholders* podem ir muito além da melhoria do relacionamento. Na proposta de Freeman (1984), sua formulação pode ser focada na análise do comportamento dos *stakeholders*, na explanação de seu comportamento, na análise da coalizão, na avaliação de forças estratégicas genéricas, em programas específicos para os *stakeholders* e em programas de integração de *stakeholders*.

O uso crescente da análise dos *stakeholders* reflete um reconhecimento de que partes interessadas possam e devam influenciar a tomada de decisão. Para Prell, Hubacek e Reed (2009), estas análises podem ser utilizadas para evitar conflitos, evitar a exclusão de determinados grupos e para reforçar a representação de interesses diversos, além de influenciar na mudança de comportamento e do relacionamento da organização com seus *stakeholders*.

De acordo com Brugha e Varvasovsky (2000), a análise dos *stakeholders* se desenvolveu como ferramenta com fins muito diferentes do que sua aplicação nas áreas de implementação de gestão de políticas e projetos públicos. Ela é muitas vezes descrita como uma série de etapas, como a identificação de diferentes dimensões de análise, principalmente na busca das definições estratégicas daquilo que devia ser feito, como fazê-lo ou mesmo daquilo que não devia ser feito. Na área pública e em especial na política, seu alcance pode variar muito, desde uma forte dimensão retrospectiva com o objetivo de entender o contexto das políticas e processos, até trabalhar de maneira mais imediata, identificando objetivos mais bem definidos e focados na implementação de uma política pública, ou, ainda, prospectando o

delineamento a longo prazo, e desenhando o futuro de políticas a serem implantadas (BRUGHA; VARVASOVSKY, 2000).

O relacionamento entre os *stakeholders* e deles com a organização pressupõe uma relação mútua que pode ser aperfeiçoada com as técnicas antes descritas. No caso das OSSs catarinenses, o diagnóstico por meio do entendimento da opinião e da satisfação dos usuários pode representar um elemento diferenciador neste processo.

2.5 AVALIAÇÕES DA QUALIDADE DO SERVIÇO NA OPINIÃO DOS STAKEHOLDERS USUÁRIOS

Uma ideia recorrente e fundamental da perspectiva da reforma gerencial é a dos cidadãos vistos como clientes. O uso do termo cliente em lugar de cidadão, na visão de Bresser-Pereira (1998), trata de entender o cidadão como participante do processo de tomada de decisão, significa dedicar-lhe atenção e respeito, na busca do atendimento de suas necessidades que foram esquecidas com a prática voltada para o próprio poder da burocracia.

Secchi (2009) reforça esta ideia, embora afirme que isto ainda se encontra muito no campo da retórica, mas avança no sentido de que os novos modelos gerenciais não só reconhecem o cidadão como cliente, quanto evoluem tornando-o um *stakeholder* parceiro na construção de modelos horizontais de relacionamento e coordenação de políticas públicas.

Sem tencionar entrar na polêmica do uso do termo cliente ou cidadão, faz-se necessário buscar mecanismos para conhecer a opinião ou o grau de satisfação dos usuários sobre a qualidade de um serviço público, sobretudo em um modelo diferente e inovador como é o caso do gerenciamento das unidades de saúde pelas OSS. Uma pesquisa de origem mercadológica, com esta finalidade, pode ser uma opção para esta avaliação.

Dentro de uma visão pública de *accountability*, não obstante outras facetas, outro mecanismo para conhecer opiniões e expectativas dos clientes ou cidadãos é o controle social, que pode ser feito em um serviço do SUS pela própria população usuária, por meio da manifestação de sua opinião sobre os atendimentos realizados, levantados em pesquisas de opinião realizadas com pacientes e familiares (BARATA; MENDES, 2006). A participação em conselhos possui limites, pois os representantes dos usuários nem sempre estão em contato direto com os que de fato utilizam os serviços e em muitos casos representam a si próprios ou a grupos de interesses desconectados das bases ou divergentes da opinião dos usuários dos serviços propriamente ditos.

Assim, valendo-se dos conceitos absorvidos do mundo privado empresarial, sobretudo àqueles relativos à área de *marketing*, buscou-se incluir o tratamento do cidadão como cliente e o seu exercício de cidadania, como direitos de um consumidor. Desta maneira, este tópico irá abordar conceitualmente a avaliação de serviços pela opinião dos clientes/cidadãos.

É importante salientar que estes conceitos são recentes e pouco utilizados no âmbito do SUS e que somente em 2012, em uma tentativa inicial, foi divulgado pelo Ministério da Saúde o IDSUS - Índice de Desempenho do SUS, como um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das Atenções Ambulatoriais e Hospitalares e das Urgências e Emergências em todos os Estados. Destaque nesta primeira edição do IDSUS, Santa Catarina obteve o primeiro lugar do Brasil com o índice geral de 6,29.

A avaliação de um serviço normalmente acontece durante o processo de sua execução ou logo após a demonstração do seu resultado. Essa avaliação ocorre através da comparação feita pelo cliente, confrontando o que ele esperava e o que de fato foi oferecido, sendo mais fácil identificar as expectativas de um cliente do que conhecer suas reais necessidades. Porém, não se pode descartar que as suas expectativas são geradas a partir das suas necessidades (GIANESI; CORRÊA, 1994).

A satisfação do cliente é alcançada se suas expectativas forem atendidas ou superadas. Depois do consumo do serviço, os clientes fazem uma avaliação da qualidade percebida que obtiveram, podendo concluir pela denominação de um *serviço de qualidade* quando o serviço surpreende, ou *serviço adequado* quando a qualidade percebida do serviço fica dentro do quadro de tolerância. No entanto, se a qualidade percebida do serviço ficar abaixo do nível esperado pelos clientes, ocorre uma discordância entre o desempenho do fornecedor e as expectativas do cliente, normalmente frustrando-os e levando-os a classificar o serviço como de péssima qualidade. Ainda, há que se considerar que as expectativas dos clientes sofrem influência de diversas outras situações e por isso se alteram conforme o contexto.

Assim, os clientes também avaliam a qualidade de um serviço baseando-se em padrões interiores que existiam antes da experiência. Esses padrões podem servir de base para as suas expectativas e surgem através das suas experiências anteriores, na comparação com os novos serviços ofertados. Se o cliente não possuir experiências anteriores, sua referência se baseará em propagandas, ou mesmo em comunicação boca a boca (LOVELOCK; WIRTZ, 2006).

Para Berry (1996), a qualidade percebida é definida pelo cliente e não por conformidades com as especificações, padrões ou normas. A conformidade com as

expectativas do cliente se traduz como qualidade percebida. A capacidade de se investir para melhorar os serviços provém da aprendizagem contínua sobre as expectativas e percepções dos clientes e não clientes.

Embora não estejam definidos indicadores que busquem entender a avaliação dos usuários nos contratos de gestão com as OSSs em Santa Catarina, existe claramente a necessidade de pesquisar a opinião dos cidadãos/clientes sobre os serviços prestados, algo já presente nos contratos de gestão mais recentes.

Para compreender as expectativas dos clientes é importante identificar quais os critérios de avaliação usados em pesquisas similares para se definir o grau de satisfação dos clientes. Ganesi e Corrêa (1994) sugerem um conjunto de critérios de avaliação como sendo:

- **Tangíveis:** qualidade ou aparência de qualquer evidência física do serviço a fim de facilitar a avaliação da qualidade percebida do serviço por parte dos clientes;
- **Consistência:** conformidade com experiências anteriores, ausência de variabilidade no resultado do processo. Critério utilizado por clientes que não gostam de correr riscos;
- **Competência:** critério costuma ser usado pelos clientes, quando esses não dispõem da capacitação desejada. Quanto mais complexas as necessidades dos clientes, maiores são suas exigências em relação à competência do fornecedor do serviço;
- **Velocidade de atendimento:** o tempo que um serviço leva para ser executado é importante para os clientes, considerando que o tempo que ele aguarda para receber um serviço é visto como tempo perdido;
- **Atendimento/Atmosfera:** neste critério é avaliado o nível de prazer que o cliente tem em participar ou estar presente no processo da prestação do serviço;
- **Flexibilidade/Adaptação:** este critério significa o quanto um serviço pode ser modificado em decorrência da necessidade do cliente, tanto em termos de novos serviços, como na oferta de múltiplos serviços ao mesmo tempo, ou ainda múltiplos locais para adequar-se a variadas demandas;
- **Credibilidade/Confiança:** critério importante quando o valor que está em jogo for de suma importância para o cliente;
- **Acesso:** avalia a facilidade que o cliente tem em entrar em contato com o fornecedor ou em obter o serviço;

- **Custo:** o cliente associa o custo do serviço ao benefício a ser obtido. No caso de um serviço público o que irá prevalecer será a qualidade percebida.

Ilustração 5- Critérios de avaliação da qualidade do serviço



Fonte: Adaptado de Ganesi e Corrêa (1994, p. 83).

Estes critérios poderiam ser incorporados como indicadores de qualidade nos contratos de gestão. No entanto, nem sempre é possível tratar satisfação do cliente e qualidade em serviços como sinônimos. Em muitas ocasiões, a satisfação dos clientes depende da análise de vários atributos associados ao serviço prestado, desde o serviço recebido, o valor pago por ele, fatores externos que envolvem o processo de aquisição do serviço e fatores pessoais do consumidor. Na mesma lógica, a avaliação da qualidade do serviço é focada muito mais na percepção do cliente sobre dimensões específicas do serviço, como confiabilidade, responsividade, segurança, empatia e tangibilidade do serviço do que em questões como conformidade com regras, leis normas ou mesmo custo x efetividade (ZEITHAML; BITNER, 2003).

Na opinião de Zeithaml e Bitner (2003), existem cinco dimensões que podem traduzir a satisfação do usuário, a saber:

- **Confiabilidade:** trata-se da habilidade ou capacidade para executar um serviço prometido de modo seguro e preciso;
- **Responsividade:** trata-se da vontade, disposição e capacidade em dar resposta às expectativas dos clientes;

- **Segurança:** diz respeito ao conhecimento dos funcionários aliado à sua simpatia e habilidade para inspirar credibilidade e confiança;
- **Empatia:** é o cuidado, a atenção individualizada dedicada a cada um dos clientes;
- **Tangíveis:** diz respeito à aparência das instalações físicas, do equipamento, das pessoas e dos materiais impressos.

Não é possível desconsiderar que a dimensão mais importante é a confiabilidade, já que os serviços são promessas futuras, pois os clientes o compram e só conseguem avaliá-lo a partir da sua execução. Porém, ganhar a confiança do cliente não faz com que o serviço exceda as expectativas do cliente. O fator que excede as expectativas do cliente está no elemento surpresa, e a melhor forma de inserir esse elemento surpresa é durante o processo da prestação do serviço, que muitas vezes é executado por um funcionário que não tem o poder de gerenciar o serviço, mas que com gestos simples de carinho, laços emocionais e a vontade de querer sorrir, podem conquistar a excelência na avaliação daquele serviço (BERRY, 1996).

Em se tratando da gestão do relacionamento com os *stakeholders*, é fundamental monitorar e avaliar a opinião dos clientes/usuários, pois seu entendimento trata de informações sobre o diagnóstico e pode contribuir para a definição das metas de qualidade em cada contrato de gestão. Porém, em se tratando da avaliação do desempenho e da qualidade do gerenciamento das OSS, no caso catarinense, as pesquisas de satisfação com usuários estão contidas apenas nos últimos três contratos de gestão como uma das metas qualitativas a serem perseguidas pelas OSSs catarinenses.

Assim, embora ainda não seja comum para a administração pública o uso dos conceitos aqui apresentados, dentro de uma perspectiva de apropriação de certas ferramentas vindas do mundo corporativo, é necessário incluir nos contratos de gestão desta parceria entre Estado e OSSs novos elementos que venham proporcionar maior satisfação aos cidadãos/clientes, que possam ser claros, mensuráveis, comparáveis, conhecidos e aperfeiçoados, a fim de contribuir, inclusive, para a *accountability* em relação aos outros *stakeholders*.

3 METODOLOGIA

A metodologia “é o caminho do pensamento e a prática exercida no processo de apreensão da realidade. [...] o procedimento metodológico deve incluir concepções teóricas de abordagem, além do conjunto de técnicas que possibilitam compreender a realidade.” (SEABRA, 2001, p. 53). Neste capítulo, pretende-se esclarecer quais as escolhas metodológicas realizadas e justificá-las.

O Estado de Santa Catarina, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, é o Gestor pleno do SUS em território catarinense. Isto significa que é responsável, dentre outras ações, pela contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores do conjunto dos serviços sob sua gestão no território catarinense, incluindo-se aí as unidades privadas e filantrópicas credenciadas e contratualizadas, as unidades próprias gerenciadas diretamente pelo Estado, e aquelas terceirizadas para entidades filantrópicas e ainda, mais recentemente aquelas gerenciadas pelas OSSs, objeto deste estudo.

Existem hoje seis OSSs com contrato de gestão em funcionamento em Santa Catarina e uma política definida do atual governo de expandir este número. Este fato tem gerado uma série de atritos, principalmente entre os sindicatos, organismos de classe, alguns grupos com representação no CES e o Governo do Estado. Estes atritos, segundo as observações realizadas por este pesquisador por meio de sua participação no processo, em uma análise inicial exploratória, estão relacionados a embates político-ideológicos, falta de posicionamento claro e objetivo na condução do processo por parte do Estado, radicalismo de alguns grupos que não reconhecem a necessidade, importância e/ou a legalidade da participação privada no gerenciamento de unidades do SUS, não entendimento da diferença entre terceirização e privatização, assim como a não aceitação dos formatos relacionados aos novos modelos de gestão pública, notadamente a NGP e o NSP, ou mesmo por votar em bloco com outros *stakeholders* participantes do seu segmento no CES.

Assim, em linhas gerais, esta pesquisa aborda múltiplas visões de *stakeholders* do SUS em Santa Catarina a respeito da implantação e ampliação da terceirização do gerenciamento de unidades públicas de saúde para as OSSs, buscando inclusive a percepção dos usuários por meio da sua satisfação com os serviços oferecidos pelas OSSs catarinenses.

O assunto é complexo e polêmico, já que este modelo delega por meio de um contrato de gestão as atividades de gerenciamento de unidades públicas de saúde do Estado para uma organização qualificada nos termos da lei como OSS. Esta polêmica gira em torno da gestão da coisa pública por uma organização privada, como mecanismo executivo e prático de

políticas ligadas aos novos modelos propostos pela NGP e NSP, que para muitos *stakeholders* vem na contramão dos preceitos construídos no Brasil pelo movimento da reforma sanitária que vieram a ser incorporados na Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde.

É importante salientar que o pesquisador exerce cargo em comissão na Secretaria de Estado da Saúde, na qualidade de Superintendente da Superintendência de Planejamento e Gestão, área responsável pelas atividades relacionadas às OSSs e estes mecanismos de terceirização, desde o lançamento de editais de concursos de projetos até o acompanhamento e fiscalização dos contratos de gestão. O pesquisador ocupa, também, uma cadeira de conselheiro suplente no Conselho Estadual de Saúde, representando o segmento gestor. A partir de fevereiro/2012, passou a presidir as Comissões de Avaliação e Fiscalização – CAFs dos contratos de gestão vigentes. Desta forma, suas atividades lhe permitiram observar uma carência de estudos nesta área, sobretudo em terras catarinenses, despertando seu interesse e motivação pela proposição deste tema de pesquisa.

Apesar de muitas vezes existir a tentativa do pesquisador de abstrair-se do processo, para desenvolver uma pesquisa mais isenta de sua participação direta, em muitos casos isto é praticamente impossível. Em se tratando de um mestrado profissional em administração, a participação do pesquisador como gestor é até desejável. Nesse sentido, é bom lembrar e refletir sobre este ensinamento:

Por trás de uma determinada abordagem está um interesse específico e a visão de mundo que o pesquisador consciente ou inconscientemente deixa, mais ou menos, transparecer no seu relatório, dissertação ou tese [...]. Nesse sentido, cada abordagem metodológica está vinculada a um determinado interesse de conhecimento. Essa constatação sugere reflexões sobre a visão de mundo e conexão entre conhecimento e interesse que dão suporte a ação investigadora, levando o pesquisador a clarificar suas posturas a partir da própria abordagem metodológica. (GAMBOA, 1987, p. 208- 212).

Assim, embora o universo não seja inteiramente novo ao pesquisador, seu ambiente é cheio de nuances, fazendo com que seja necessário explorá-lo em busca de dados que venham a definir melhor os elementos essenciais para a realização desta pesquisa.

Uma exploração inicial dos assuntos conexos se deu por meio de uma pesquisa bibliográfica, buscando-se e selecionando-se artigos nas bases de dados eletrônicas EBSCO e SciELO, além de dissertações e teses no BD TD/IBICT. Foi possível encontrar embasamento teórico sobre reforma do estado, modelos de gestão pública, reforma sanitária, teoria dos *stakeholders*, OSSs, contratos de gestão, pesquisa de satisfação e de avaliação de serviços, entre outros.

Em paralelo, foram desenvolvidas atividades ligadas a SES e ao CES, dentre as quais se destacam o Seminário Estadual de Gestão, em junho de 2011, e o Seminário de Modelos de Gestão, em dezembro de 2011. Neste período, o pesquisador participou da elaboração de novos modelos de editais de concursos de projetos a serem utilizados pela SES, bem como dos modelos de contratos de gestão que serão utilizados como padrão a partir de 2012.

Apesar de algumas destas atividades não serem objeto específico desta pesquisa, elas contribuíram para o conhecimento do pesquisador sobre o tema, o que reforça um dos focos deste mestrado profissional, qual seja, a sua complementação teórica científica e a inter-relação entre teoria e prática profissional.

Além da pesquisa bibliográfica e do envolvimento com a gestão de OSSs, foi realizada pesquisa documental (GIL, 1995; DENCKER, 2000; VERGARA, 2000), baseada no levantamento e análise sistemática dos contratos de gestão com as OSSs catarinenses, bem como outros documentos arquivados na SES e nas próprias OSSs. Muito mais do que as características e nuances de cada contrato, foi possível observar mudanças e a aprendizagem da SES na elaboração destes instrumentos.

A esta altura, acreditou-se que a teoria dos *stakeholders* seria mais apropriada para definir quem seriam os atores sociais e os grupos de interesse ligados ao SUS capazes de influenciar ou serem influenciados pela atuação das OSSs catarinenses. A teoria dos *stakeholders* foi preferida em relação a outras por se acreditar que seja mais adequada e abrangente na realidade dos novos modelos gerenciais de administração pública e a sua aproximação com as práticas e ferramentas do mundo empresarial. Ainda assim, houve a necessidade de se definir quem seriam os *stakeholders* a ser pesquisados, pois pairavam dúvidas de quais seriam mais representativos e capazes de expressar a realidade desejada.

Neste sentido, aproveitando-se o Seminário Estadual de Gestão, realizado em Florianópolis em junho de 2011, cujo público foi de técnicos da área de planejamento e gestão do SUS, servidores do Estado e dos municípios, além de membros de diversos segmentos do CES, aplicou-se um questionário sintético visando identificar quem seriam, na opinião dos respondentes, os principais *stakeholders* relacionados a Organizações Sociais de Saúde. Também foram questionados, de modo geral, sobre o gerenciamento de unidades públicas de saúde por organizações sociais. O questionário foi montado com uma lista prévia de possíveis *stakeholders*, elaborada pelo pesquisador com base na sua percepção e experiência, dando a oportunidade de o respondente ampliá-la, já que as questões aplicadas eram semiabertas. O solicitado era a seleção de até cinco *stakeholders* do SUS considerados mais importantes e

influentes e que deveriam estar envolvidos no debate, construção e/ou ampliação do modelo de terceirização da gestão por OSSs.

O Seminário contou com a participação total de aproximadamente 450 pessoas. Como o levantamento destes dados não fazia parte da programação oficial, os questionários foram distribuídos junto com o material entregue na inscrição, solicitando-se verbalmente pelo sistema de som à plenária seu preenchimento e devolução ao final na secretaria do evento. Assim, a amostra desta coleta inicial de dados foi definida por acessibilidade, resultando em 190 questionários válidos, o que garantiu uma confiabilidade de 95,5% com erro de 5,52%.

A questão ficou assim redigida: Na hipótese de Santa Catarina ampliar a implantação de gestão terceirizada dos hospitais públicos por meio de Organizações Sociais de Saúde - OSS, quais deveriam ser os atores sociais (*stakeholders*) mais importantes e imprescindíveis na construção deste processo? (selecione até 5 opções ou dê sua sugestão). Na tabela 2 e Ilustração 6 pode-se acompanhar os resultados obtidos.

Tabela 2- Frequência e percentuais de resposta indicativa dos *stakeholders*

<i>Stakeholders</i>	f	%
Técnicos da SES	104	10,95
Gestores Municipais	90	9,47
Profissionais de Saúde	90	9,47
Gestor Estadual	78	8,21
Controle Social	76	8,00
Ministério Público Estadual	64	6,74
Usuários	58	6,11
Ministério da Saúde	50	5,26
Conselho Estadual de Saúde	48	5,05
Assessores do COSEMS	48	5,05
Universidades	46	4,84
Ministério Público Federal	42	4,42
Organizações Sociais de Saúde de SC	30	3,16
Consultorias Especializadas	28	2,95
Diretores das Unidades Envolvidas	22	2,32
Conselhos Profissionais	20	2,11
Tribunal de Justiça de SC	20	2,11
Ordem dos Advogados do Brasil	14	1,47
Cientistas Sociais	8	0,84
Órgãos de Classe	4	0,42
Movimentos Sociais	4	0,42
Lideranças Políticas	4	0,42
Deputados Federais	2	0,21
TOTAL	950	100,00

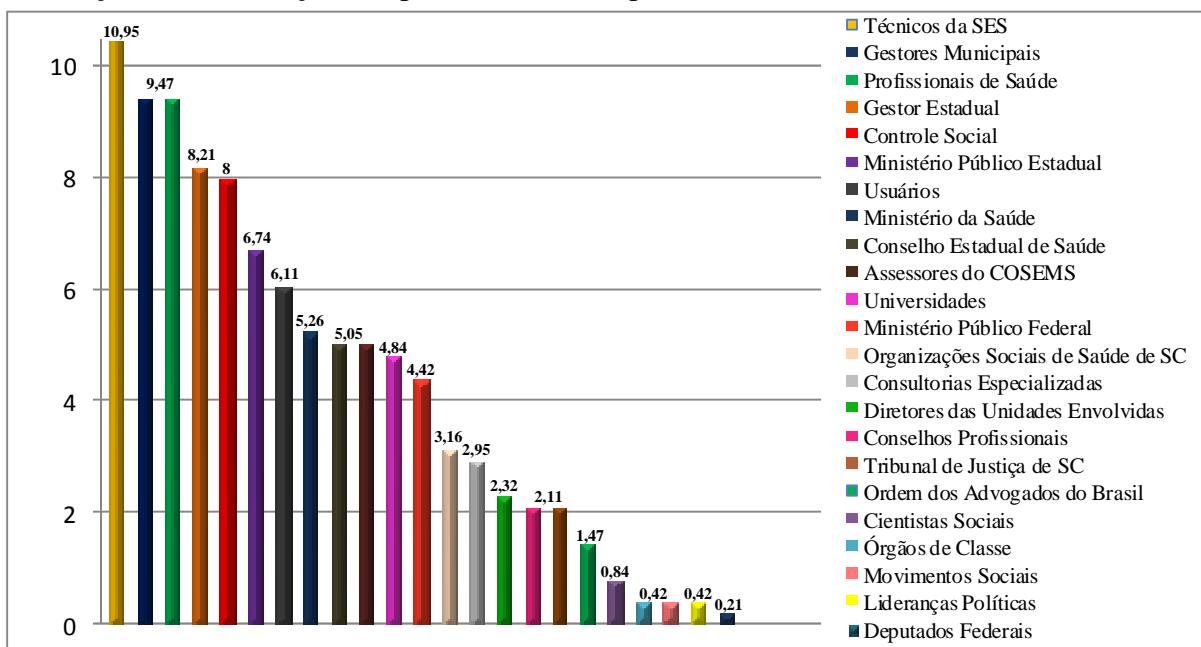
Fonte: Dados Primários, 2011.

Observou-se um esvaziamento da importância de certas instituições, como as representações federais, a Ordem dos Advogados do Brasil, o Tribunal de Justiça de Santa Catarina, bem como de lideranças políticas. Os Deputados Estaduais e os Sindicatos não aparecem na tabela acima por não terem sido selecionados por nenhum dos respondentes. Na redação de um respondente na parte aberta da questão aparece: “a pergunta deveria ser quem não deveria fazer parte do processo que são: lideranças políticas, deputados e entidades palpiteiras sem preparação para debater o SUS”, ou, ainda, outro: “jamais o ministério público em qualquer esfera. Eles não têm noção do Sistema e ajudam a emperrar o mesmo, bem como os políticos”.

A não valorização de certas instituições, principalmente aquelas relacionadas ao sistema jurídico, sugere certo desconhecimento por parte dos respondentes quanto à natureza da relação Estado e OSSs, regida pelo contrato de gestão. Por força de lei e cláusulas previamente acordadas, e sempre sujeitas a questionamentos, esta relação muitas vezes não corresponde ao que foi pactuado, restando àquelas instituições a arbitragem destes questionamentos. Na mesma linha, podem também representar certo descontentamento por parte dos técnicos quanto à judicialização da saúde ou mesmo da morosidade e ineficiência de certos processos ligados ao Judiciário.

Os sete grupos mais citados como *stakeholders* indispensáveis ao processo foram: Técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em primeiro lugar, com 10,95%, seguidos pelos Gestores Municipais e os Profissionais de Saúde, empatados com 9,47%, o Gestor Estadual, com 8,21%, o Controle Social (conselhos de saúde, locais, municipais e/ou estadual), com 8,00%, Ministério Público Estadual com 6,74% e os Usuários com 6,11% das indicações. As definições desta linha de corte foram realizadas com base na constatação de que estes grupos de *stakeholders* são os que mais se fazem presentes nas discussões, mesmo dentro das comissões do CES, como a principal arena de debates das políticas públicas de saúde no Estado.

Ilustração 6- Distribuição dos percentuais de resposta dos *stakeholders* indicados



Fonte: Dados Primários, 2011.

Registra-se um indicativo da falta de conhecimento do funcionamento do modelo de terceirização das OSS em Santa Catarina, ou mesmo um forte posicionamento político-ideológico entre os respondentes, traduzidos em suas respostas na parte aberta do questionário. Isto, de maneira representativa, pode ser observado quando um respondente afirma que “O Estado deve fazer valer sua autoridade, assumindo de fato os hospitais, tirando-os das manobras de poucos” ou mesmo quando outro afirma que “Acredito que o Estado deveria estudar uma forma de reorganizar a gestão sem terceirização, e não repassar suas responsabilidades”. Aqui foram transcritas apenas duas frases que representam as várias registradas nos questionários aplicados.

Apesar disto, por meio deste instrumento foram definidos quais seriam os *stakeholders* considerados na pesquisa, partiu-se para a elaboração de uma pesquisa qualitativa, por intermédio de entrevistas em profundidade. Há que se ressaltar que deliberadamente não foram ouvidas as OSSs para compor os dados levantados por entrevista, visto que optou-se pela visão dos usuários com dados levantados em pesquisa quantitativa que será apresentada no decorrer desta dissertação. Houveram fatores limitantes relacionados às entrevistas, pela dificuldade de conciliar as agendas entre o pesquisador e alguns stakeholders a serem entrevistados. Ao final, após muitas marcações e remarcações de horários, restou apenas a não participação do Ministério Público Estadual, o que acarretou em sua exclusão do processo.

A escolha de quem seria entrevistado representando cada grupo de *stakeholders* se deu por acessibilidade e pelo conhecimento pessoal dos entrevistados, com ênfase ao entendimento de que os escolhidos são todos formadores de opinião entre seus pares dentro de cada grupo de interesse com representação no CES.

Após a elaboração de um roteiro de entrevista, que contemplava assuntos sobre o SUS e as OSSs, as entrevistas foram realizadas durante o primeiro trimestre de 2012, privilegiando os horários e a disponibilidade do entrevistado para entrevistas presenciais ou por meio eletrônico, com a troca de *emails* em cinco das doze entrevistas realizadas. A necessidade de realizar-se este estudo qualitativo encontra significado nas palavras de Minayo (2004, p. 21-22):

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantificáveis.

A pesquisa desenvolvida ainda pode ser classificada como pesquisa descritiva, visto que observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Busca descobrir como ocorre, e a sua relação e conexão com outros fenômenos, além de sua natureza e suas características (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

Neste caso em particular, envolveu a obtenção de dados descritivos sobre lugares, pessoas e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, neste caso os *stakeholders* (GODOY, 1995), considerando, também, a própria percepção do pesquisador como observador e participante do fenômeno estudado.

Optou-se, ainda, por aprofundar a pesquisa junto a um grupo em especial. Pela importância que tem neste contexto, o grupo de *stakeholders* usuários foi tratado de maneira diferenciada, aplicando-se a este de maneira adicional uma pesquisa quantitativa e avaliativa de satisfação sobre as OSSs em operação em Santa Catarina. Isto ocorreu em função da observação de que a composição do Conselho Estadual de Saúde - CES, no que diz respeito à participação dos usuários e sua representatividade, na visão do pesquisador, são limitadas e enviesadas, na medida em que boa parte desta representação está relacionada à participação de alguns sindicatos e associações profissionais. Além disso, por se acreditar na relevância do uso de pesquisas de satisfação com usuários, conforme desenvolvido no capítulo anterior.

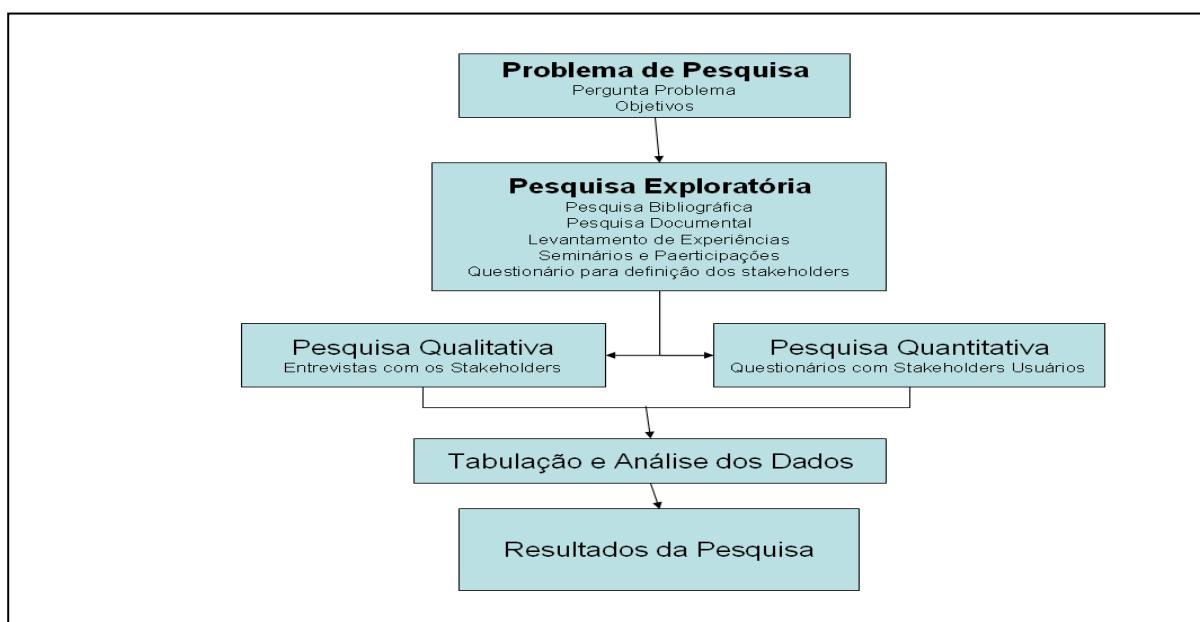
Assim, optou-se por realizar pesquisa complementar, de abordagem quantitativa, aplicando-se questionário contendo perguntas fechadas e abertas. Esta pesquisa naturalmente não buscou analisar o modelo de gestão em uso, ou mesmo seus reflexos políticos ou de

gestão. Os formulários foram reproduzidos e encaminhados a cada uma das seis OSSs de Santa Catarina, em número de 100 questionários por unidade, totalizando 600 questionários aplicados pelas equipes de enfermagem e/ou assistentes sociais no momento da alta do paciente. Restaram respondidos 436 válidos, o que caracteriza uma amostra com 95,5% de confiabilidade e 4,69% de erro. Os questionários foram aplicados no momento da alta do paciente, buscando-se com isto eliminar possível distorção em suas respostas proporcionadas pela insegurança e fragilidade do momento de entrada ou estada na unidade. Posteriormente, os resultados foram aglutinados, tabulados e analisados, utilizando-se para tal análise o software Microsoft Excel, levantando-se tão somente os percentuais como indicadores e elaborando-se os gráficos correspondentes.

Assim sendo, a metodologia utilizada caracteriza esta pesquisa como qualiquantitativa quanto à abordagem, do tipo exploratório e descritivo, cuja estratégia de investigação foi a de revisão bibliográfica, análise documental e de entrevistas e questionários de campo, contendo também elementos de observação participante.

A figura 4 descreve de maneira resumida o fluxo de desenvolvimento desta pesquisa, que foi elaborada entre dezembro de 2011 e abril de 2012:

Ilustração 7- Fluxo metodológico resumido



Fonte: Elaborado pelo autor

4 RESULTADOS DA PESQUISA

A partir dos dados coletados e sua análise, apresentam-se os resultados das pesquisas exploratória, qualitativa e quantitativa, buscando-se os elementos necessários e suficientes para o alcance dos objetivos propostos.

4.1 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Na definição da Lei Federal 9.637, de 15 de maio de 1998, as Organizações Sociais são pessoas jurídicas de personalidade privada, sem fins lucrativos, que servem para auxiliar o Estado no cumprimento de suas obrigações nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. Não estão contidas nem na administração direta, nem na indireta, são entidades privadas que estabelecem parceria com o Estado dentro dos ditames da Lei.

Em Santa Catarina, existe um grande número de serviços públicos de saúde com gestão própria, integrantes da administração direta do executivo estadual por meio da Secretaria de Estado da Saúde. São dezoito hospitais públicos do Estado e um hemocentro, sendo 14 administrados diretamente e 5 administrados por Organizações Sociais.

A legislação estadual vigente que dispõe sobre as Organizações Sociais é a Lei nº 12.929 de 04.02.2004, alterada pelas Leis 13.343/05; 13.720/06; 13.839/06; revogada parcialmente pela Lei 13.720/06; e regulamentada pelos decretos 1928/04; 3294/05; 4272/06 e 992/07. Elas constituem-se no arcabouço jurídico que foi sendo construído no Estado de Santa Catarina ao longo destes anos a fim de permitir o progresso do modelo em terras catarinenses.

A aplicação do modelo de terceirização do gerenciamento para as OSS, previsto na legislação mencionada, em Santa Catarina, ocorreu somente na área da saúde, não tendo sido aplicada em outras áreas, até o momento.

Em 2011, foi criada na estrutura organizacional da SES/SC a Gerência de Coordenação das Organizações Sociais por meio da Lei Complementar nº 534, de 20 de abril de 2011, com o objetivo de:

- Centralizar as informações sobre as Organizações Sociais;
- Acompanhar as metas a serem desenvolvidas pelas Organizações Sociais;
- Formar uma equipe multidisciplinar, com objetivo de desenvolver estudo para o aprimoramento do Terceiro Setor;

- Promover melhorias no atendimento à saúde do cidadão realizado pelas OSSs.

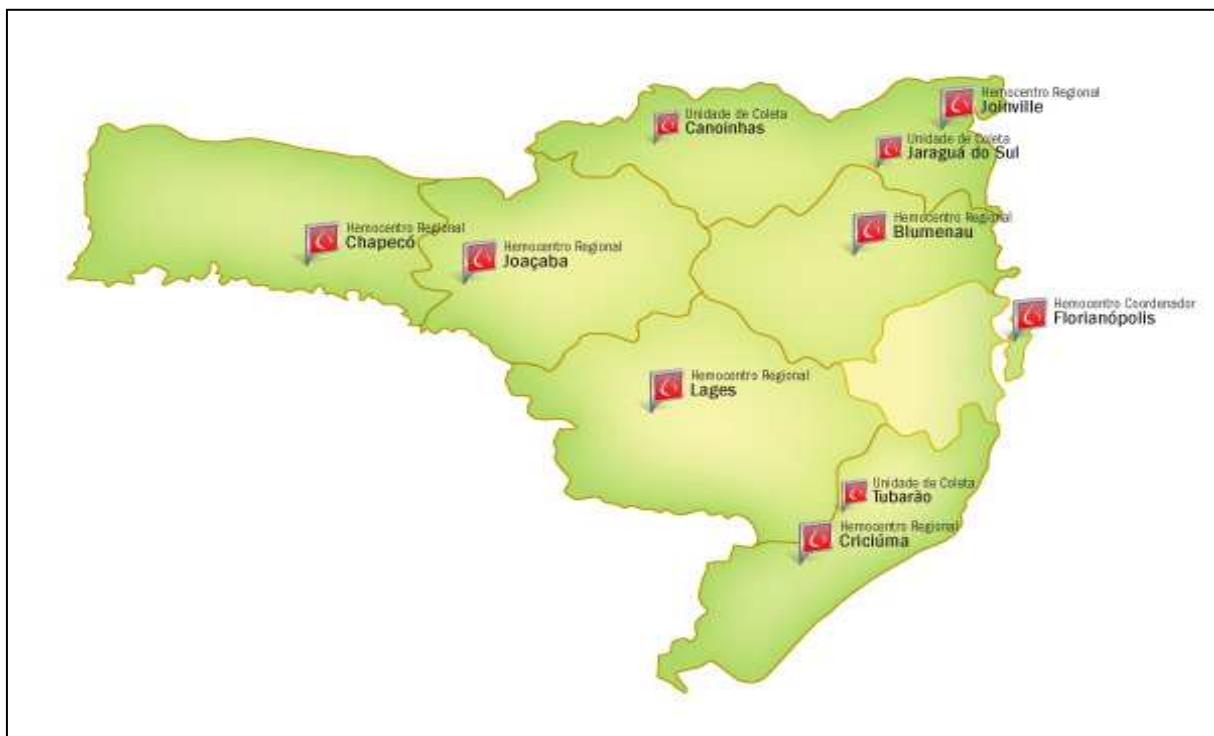
Sendo o Contrato de Gestão o instrumento que regulamenta a relação entre o Estado e as OSSs, a seguir estão descritos elementos de cada um dos contratos existentes em Santa Catarina.

4.1.1 Contrato de gestão n.01/2007 – OSS FAHECE/HEMOSC

O Contrato de Gestão com a FAHECE - Fundação de Amparo ao HEMOSC e CEAPON tem por finalidade a execução da assistência na área de hematologia e hemoterapia inerentes às atividades do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina - HEMOSC, órgão da Secretaria de Estado de Santa Catarina.

O HEMOSC é o hemocentro coordenador da hemorrede no Estado, que tem como objetivo promover a interiorização das ações relativas ao uso de sangue para fins terapêuticos, a doação voluntária do sangue, medidas de proteção à saúde do doador e receptor, medidas para disciplinar a coleta e o controle de qualidade, condições de estocagem e distribuição de hemoderivados, bem como promover o desenvolvimento de conhecimento científico e tecnológico na área. Possui unidades auxiliares chamadas de hemocentros regionais, localizados nos municípios de Lages, Joaçaba, Chapecó, Criciúma, Joinville e em fase de construção o de Blumenau, conforme demonstrado na figura abaixo:

Ilustração 8- Distribuição do hemocentro em território catarinense



Fonte: HEMOSC, 2012.

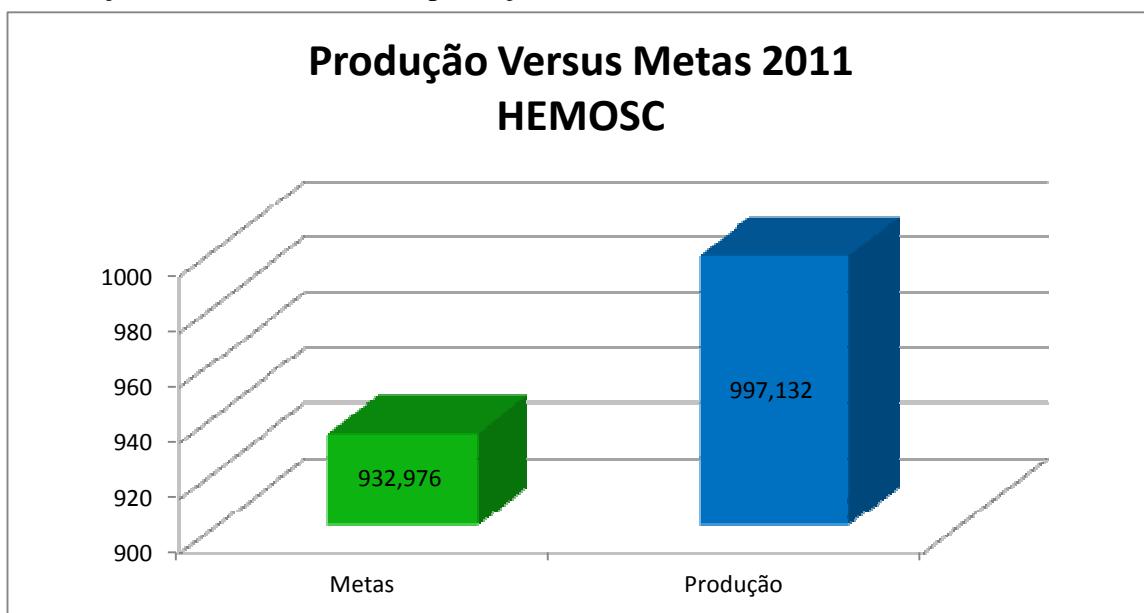
Por ter sido o primeiro contrato de gestão em Santa Catarina, celebrado em 19/12/2007, trata-se de um contrato atípico, e com necessidade de ser aperfeiçoado. Foi construído sob pressão política dos servidores, fazendo com fossem incluídas na lei catarinense algumas exceções que estão presentes somente nos contratos com a FAHECE. Como exemplo destas distorções, pode-se citar, sem prejuízo de outros: o fato de que o cargo de diretor do HEMOSC continua sendo um cargo comissionado da SES, que opera com servidores públicos e funcionários contratados por regime CLT; suas metas quantitativas e qualitativas são truncadas e pouco claras. A primeira renovação do contrato original, firmado em 2007 com prazo de cinco anos, ocorrerá em 2012. Apesar de ser reconhecido como um passo necessário na implantação do modelo em Santa Catarina, o entendimento dos membros da CAF e da SES é de que o contrato deve evoluir, com a migração gradativa para o modelo padrão que será adotado para os novos contratos de gestão.

Os objetivos estratégicos, ações, metas e respectivos indicadores de desempenho do Contrato de Gestão atual são:

- disponibilizar à população, por meio de Hemorrede Pública, acesso ao atendimento hemoterápico e hematológico de qualidade;
- manter, ampliar ou implantar na Hemorrede Pública Estadual, os serviços ambulatoriais para atendimento de doadores e portadores de doenças hematológicas, o Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Tecidos, os laboratórios de biologia molecular, HLA e marcadores celulares;
- garantir atendimento prioritário de 100% (cem por cento) da demanda de pacientes do Sistema Único de Saúde de acordo com as metas fixadas no Projeto de Trabalho;
- adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda de serviços hemoterápicos do Estado de Santa Catarina.

Este contrato de gestão pressupõe um conjunto grande de metas quantitativas em função dos diversos serviços realizados pelo hemocentro catarinense. O gráfico abaixo apresenta um comparativo entre as metas totais versus a produção total do HEMOSC:

Ilustração 9- Meta contratada x produção realizada no HEMOSC em 2011



Fonte: Relatório da CAF (2012).

A produção total destacada no gráfico 2 apresenta o cumprimento da meta global com incremento de 6,87% do pactuado. A tabela 3, seguir, apresenta uma estratificação da meta e da produção em cada um dos elementos pactuados no contrato de gestão:

Tabela 3- Comparativo de execução de metas do HEMOSC de 2011

SERVIÇO CONTRATADO	META	REALIZADO	Δ%
Coleta de Sangue de doadores aptos	101.076	114.367	13,15
Doação de plaquetas por aferese	1.908	2.135	11,90
Triagem clínica de doador de sangue	135.156	149.606	10,69
Produção de hemocomponentes	98.664	110.881	12,38
Procedimentos especiais	29.688	36.154	21,78
Exames Imunohematológicos	123.084	135.400	10,01
Exames sorológicos	132.204	135.550	2,53
Exames hematológicos	144.120	128.374	-10,93
Procedimentos Ambulatoriais	7.512	10.422	38,74
Consultas Médicas	19.032	18.409	-3,27
Exames Marcadores celulares	26.568	34.752	30,80
Dosagem de ciclosporina e methotrexate	300	233	-22,33
Procedimento de Odontologia	1.020	1.162	13,92
Fornec. de Sangue p/ Hospitais da SES	53.304	61.926	16,18
Atendimentos a Portadores de Hemofilia	600	480	-20,00
Exames Imunogenéticos	58.248	56.762	-2,55
<u>Sorologia de possível doador de órgão</u>	492	519	5,49

Fonte: Relatório de acompanhamento da CAF/SES (2012).

Observa-se que mesmo que alguns itens da meta não tenham sido alcançados, outros chegam a ultrapassá-la em mais de 38%, denotando assim que não houve omissão por parte da OSS em perseguir as metas pactuadas, ou mesmo que em alguns casos estas metas eram pouco ambiciosas.

4.1.2 Contrato de gestão n.02/2007 – OSS FAHECE/CEPON

A OSS FAHECE - Fundação de Amparo ao HEMOSC e CEPON, além do Contrato de Gestão do HEMOSC, caracterizado anteriormente, possui um segundo contrato com a SES, cuja finalidade é a gestão do CEPON - Centro de Pesquisas Oncológicas, órgão central do sistema de prevenção e assistência na área do câncer dos catarinenses. Este contrato de gestão foi celebrado também em 19/12/2007.

O CEPON conta com uma estrutura de atendimento ainda em construção, no entanto já disponibiliza seus serviços em um ambulatório em Florianópolis com dezenove consultórios médicos e vinte e três pontos de quimioterapia. Conta com um hospital de apoio em Florianópolis, com 39 leitos, atendendo a área de oncologia clínica e cuidados paliativos, uma unidade de transplante de medula óssea, além dos núcleos descentralizados de Lages e de Itajaí.

A exemplo do contrato de gestão anterior trata-se de um contrato com necessidade de ser aperfeiçoado. Foi construído sob fortes pressões dos servidores e sindicato, trazendo também exceções que estão presentes somente nos contratos com a FAHECE, diferentemente do processo e do modelo atualmente adotado pela SES. Segundo o contrato FAHECE/HEMOSC, este também traz o cargo de diretor do CEPON como cargo comissionado da SES, opera com servidores públicos e funcionários contratados por regime CLT ao mesmo tempo, e apresenta metas quantitativas e qualitativas truncadas e por vezes pouco claras. Este contrato de gestão será renovado e atualizado em 2012. Novamente, apesar de reconhecer que foi um passo necessário na implantação do modelo em Santa Catarina, o entendimento dos membros da CAF e da SES é de que a renovação caminhe no sentido de mudança de várias de suas características.

Os objetivos estratégicos, as ações, metas e respectivos indicadores de desempenho do Contrato de Gestão atual estão ligados a:

- Disponibilizar à população o acesso ao atendimento oncológico de qualidade;
- Promover ações e serviços visando à promoção, prevenção, controle, tratamentos, reabilitação, diagnósticos e cuidados paliativos das oncopatologias;

- Garantir atendimento prioritário a cem por cento da demanda de pacientes do Sistema Único de Saúde, de acordo com as metas fixadas no projeto de trabalho;
- Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda de pacientes relativos à assistência oncológica do Estado de Santa Catarina, respeitada a capacidade de produção de serviços de CEPON/SES.

Na tabela, a seguir, é apresentado o demonstrativo das metas pactuadas x metas cumpridas, referentes ao ano de 2011:

Tabela 4- Quadro comparativo de execução de metas do CEPON em 2011

SERVIÇO CONTRATADO	META	REALIZADO	Δ%
Consultas Médicas Ambulatoriais	35.868	36.813	2,63
Quimioterapias	25.572	27.719	8,40
Biópsias	1.140	1.147	0,61
Exames Anatomopatológico, Citopatológico, Imunohistoquímica e Receptores Hormonais	28.200	22.687	-19,55
Mamografias	1.200	706	-41,17
Radiologia	123.084	135.400	10,01
Ultra-sonografia	2.448	2.882	17,73
Radioterapia	88.620	85.020	-4,06
Patologia Clínica	23.712	44.190	86,36
Raio – X	4.560	3.077	-32,52
Tomografia Computadorizada	5.400	6.021	11,50
Outros Exames	4.728	1.291	-72,69
Internações Hospitalares	936	822	-12,18
Internações Domiciliares	132	92	-30,30
Supporte Nutricional	44.016	50.587	14,93
Fornecimento de Medicamentos	216.624	202.468	-6,53
Transplante de Medula Óssea	144	222	54,17
Radiocirurgias	144	10	-93,06
Captação de Córneas	36	0	-100,00

Fonte: Relatório de acompanhamento da CAF/SES (2012).

Esta tabela mostra um resultado preocupante à medida que, embora o CEPON tenha alcançado e superado as metas globais contratadas em 2,41%, os exames e procedimentos não são substituíveis, o que leva a crer que uma série de metas deixou de ser alcançada.

4.1.3 Contrato de gestão n. 01/2008 – OSS Nossa Senhora das Graças/hospital materno infantil Dr. Jeser Amarante Faria

O contrato de gestão 01/2008, assinado no dia 1º de setembro de 2008, marca definitivamente o ingresso de Santa Catarina no modelo de terceirização de unidades públicas de saúde por meio de OSSs. Não que os contratos anteriores não o fizeram, no entanto, a

FAHECE não era exatamente uma ‘novidade’, pois já era parceira do Estado na gestão do HEMOSC e do CEPON, por meio de outros mecanismos de terceirização.

A OSS Hospital Nossa Senhora das Graças, vencedora do concurso de projetos que originou o contrato de gestão 01/2008 possuía experiência em gestão hospitalar, principalmente por sua atuação na atividade desde o ano de 1953 em hospital próprio filantrópico em Curitiba.

O objetivo principal deste contrato é a gestão do Hospital Materno Infantil Dr. Jeser Amarante Faria (HJAF), localizado na cidade de Joinville, onde são desenvolvidas atividades de atendimentos para crianças e jovens de até 18 anos.

A estrutura física do HJAF possui área de 20.593 m², onde estão dispostas unidades de atendimento de pronto-socorro, maternidade para adolescentes, ambulatório, centro cirúrgico, centro obstétrico, UTIs Pediátrica e Neonatal, além de alas de internação e outras áreas com atividades meio tais como administrativo, refeitório, cozinha, lavanderia, almoxarifado, manutenção e logística.

O contrato de gestão com o HJAF tem como objetivos estratégicos:

- Disponibilizar para a população acesso ao atendimento de qualidade;
- Promover ações e serviços visando à promoção, prevenção, controle, tratamento, reabilitação e diagnósticos na assistência à saúde materno, infantil e juvenil;
- Garantir atendimento prioritário de 100% (cem por cento) da demanda de pacientes do Sistema Único de Saúde, de acordo com as metas fixadas no Projeto de Trabalho;
- Adequar qualitativa e quantitativamente a produção de serviços de assistência à saúde à demanda de serviços ambulatoriais e hospitalares, respeitadas a capacidade de produção de serviços e a população referenciada.

Os resultados obtidos com a execução do contrato de gestão celebrado entre a SES e a OSS Hospital Nossa Senhora das Graças, para o gerenciamento do Hospital Materno Infantil Dr. Jeser Amarante Faria, relativos ao ano de 2011, foram aprovados por uma CAF específica para tal finalidade em março de 2012. Os parâmetros quantitativos avaliados foram os volumes de produção de serviços de Internação, Emergência e Consultas. Na ocasião, também foram avaliadas as metas qualitativas realizadas por meio de análise de indicadores que medem da efetividade da gestão até o desempenho da unidade.

É importante destacar que, no entendimento da SES, estão incluídos outros serviços visando à integralidade do atendimento. Todos os atendimentos e procedimentos necessários

para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar estão incluídos nos serviços de internação.

A tabela 5 apresenta análise comparativa da variação percentual de cumprimento das metas, considerando a quantidade produzida dividida pela metas contratadas vezes cem:

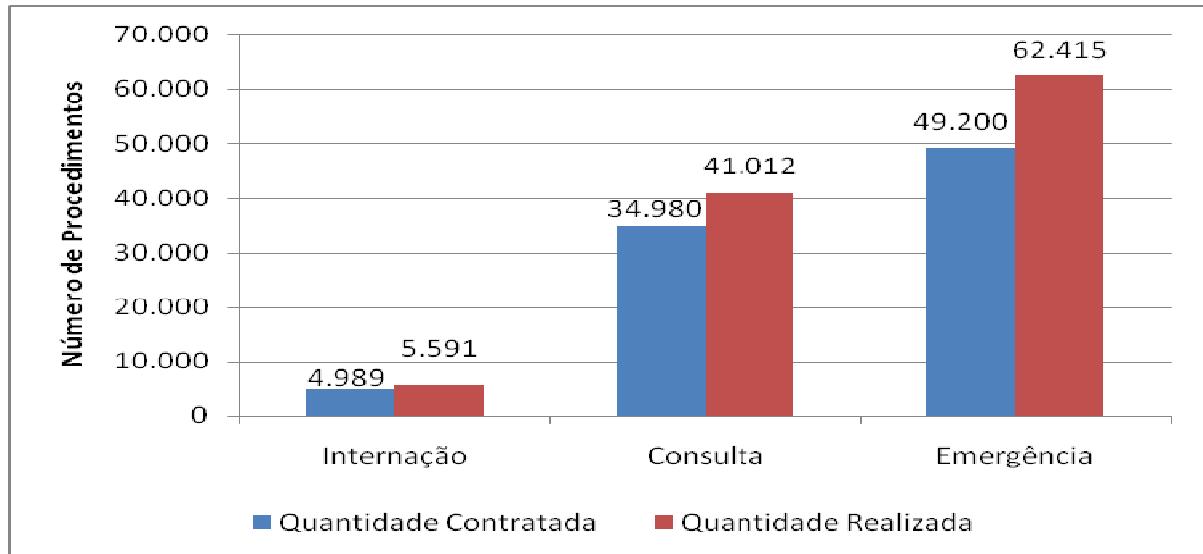
Tabela 5- Comparativo entre metas contratadas e quantidades produzidas do HJAF em 2011

Serviço Contratado	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	Δ%
Internação	4.989	5.591	112%
Emergência	34.980	41.012	117%
Consulta	49.200	62.415	127%

Fonte: Relatório da CAF (2012).

Com a finalidade de ilustrar visualmente, os mesmos dados são apresentados no gráfico 3, que traz um conjunto de duas colunas para cada item de comparação, internação, emergência e consultas, estando em azul a quantidade contratada e em vermelho a quantidade produzida.

Ilustração 10- Comparativo entre metas contratadas e quantidades produzidas do HJAF em 2011

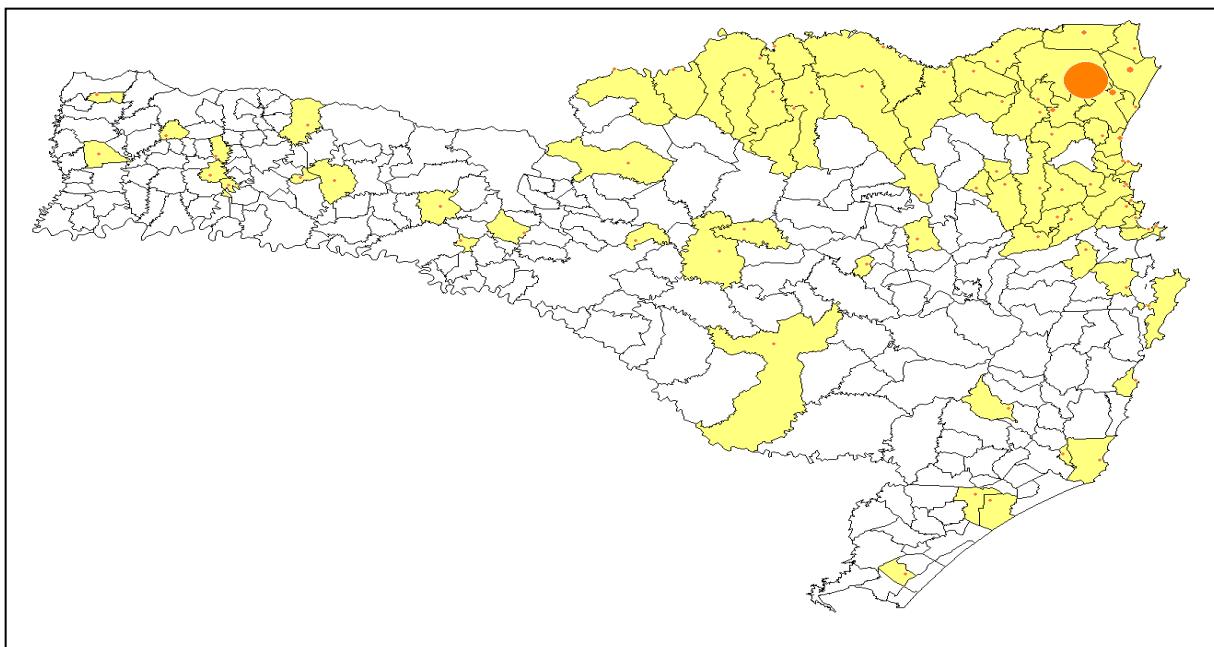


Fonte: Relatório da CAF (2012).

Como se pode observar, todas as metas foram superadas, no entanto não houve geração de pagamentos adicionais, pois os patamares trimestrais, mesmo ultrapassando as metas, ficaram dentro dos limites estabelecidos no contrato de gestão. Isto é um indicativo que as metas deverão ser repactuadas, mas a SES costuma contar com uma série histórica de pelo menos dois anos para então recontratar as metas, para garantir que eventuais alterações não sejam fruto de uma demanda esporádica, como foi a gripe A H1N1, em 2009.

A fim de evidenciar a dispersão da origem dos pacientes como constatação da importância da unidade como referência estadual, a figura 6 traz marcados no mapa de Santa Catarina os municípios de origem dos pacientes. Observa-se que quanto maior for o círculo, maior é a densidade de paciente oriundos daquele município.

Ilustração 11- Municípios de origem dos pacientes atendidos no HJAF em 2011



Fonte: Relatório da CAF (2012).

Conforme citado anteriormente, além da existência do acompanhamento das metas quantitativas apresentadas, existe o acompanhamento de metas qualitativas relacionadas à qualidade da assistência oferecida aos usuários. Este acompanhamento diz respeito à avaliação de indicadores tais como acesso, qualidade, desempenho assistencial, gestão, efetividade, faturamento, mortalidade operatória, controle de infecção hospitalar e pesquisa de satisfação dos usuários.

4.1.4 Contrato de gestão n.01/2010 – OSS Fundação São Paulo Apóstolo/hospital regional Hans Dieter Schmidt

O contrato de gestão 01/2010 traz a proposta de terceirizar a gestão da implantação e acompanhamento do processo de qualidade e humanização no âmbito do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt de Joinville, com observância das políticas nacional e estadual, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde e pela SES.

Este contrato de gestão não apresenta metas quantitativas e diz respeito ao desenvolvimento de atividades de apoio à direção do HHDS, que permanece sob o modelo de gestão direta da SES. É importante enaltecer que, dentre os hospitais administrados pelo modelo de gestão direta, o HHDS é destaque, principalmente pela introdução destes mecanismos de gestão proporcionados pela execução deste contrato.

Assim, por meio desta OSS, busca-se alcançar os seguintes objetivos estratégicos:

- Promover ações holísticas visando o bem-estar do usuário, implementando o dispositivo dos direitos do usuário e o de visita aberta, com a supervisão e acompanhamento de visitas de caráter ecumênico;
- Acompanhar a elaboração e execução dos projetos para implantar o dispositivo de ambiência hospitalar e do planejamento estratégico da instituição;
- Acompanhar a implantação dos dispositivos da política nacional de humanização;
- Emitir relatórios mensais de acompanhamento do processo de qualidade e humanização no hospital;
- Realizar a implantação e o acompanhamento de indicadores de gestão hospitalar, como ferramenta de suporte à Direção do Hospital por meio de BSC.

4.1.5 Contrato de gestão n.02/2010 – OSS Fundação Educacional de Criciúma - Hospital Regional de Araranguá Dep. Afonso Guizzo

O contrato de gestão e o relacionamento entre a Fundação Educacional de Criciúma – FUCRI e a SES estão em processo de transição visto que, no primeiro semestre de 2011, a FUCRI anunciou e notificou a SES que não mais teria interesse na continuação da gestão do Hospital Regional de Araranguá Deputado Afonso Guizzo. Isto se deu principalmente pela troca de gestão daquela Universidade e pelo entendimento que gerenciar uma unidade hospitalar está fora dos planos estratégicos da instituição que é referência em educação no sul do Estado.

Isto fez com que a SES lançasse, em dezembro de 2011, um novo edital de concurso de projetos, para a seleção de uma nova OSS que assumisse, a partir de maio de 2012, a gestão daquele hospital. A OSS vencedora foi o Instituto SAS, originário de São Paulo, que assinou o contrato de gestão 01/2012.

Não obstante a transição iniciada, o contrato de gestão 02/2010 continuará em vigor até o final de abril de 2012, sendo, portanto, os dados aqui apresentados relativos ao ano de 2011. Os seus objetivos estratégicos são:

- Disponibilizar à população acesso ao atendimento de qualidade no HRA;
- Promover ações e serviços visando à prestação de atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade para a população, prioritariamente, da região sul do Estado de Santa Catarina, de acordo com a Programação Pactuada Integrada;
- Garantir atendimento prioritário ao SUS, de acordo com as metas fixadas;
- Adequar qualitativa e quantitativamente a produção de Serviços de Assistência à Saúde à demanda de serviços ambulatoriais e hospitalares, respeitadas a capacidade de produção de serviços e a população referenciada.

Para o acompanhamento do contrato, é realizada avaliação quantitativa de metas, em relação aos serviços de Internação, Emergência e Consultas, assim como avaliação qualitativa relativa à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade, medidas através da análise de indicadores.

A tabela 6 apresenta a quantidade contratada (meta), a quantidade realizada e a variação percentual do cumprimento desta meta, obtida dividindo-se a quantidade realizada pela quantidade contratada vezes cem:

Tabela 6- Comparativo entre quantidades contratadas e produzidas do HRA em 2011

Serviço Contratado	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	Δ%
Internação	5.400	5.487	102%
Emergência	32.400	34.682	107%
Consulta	6.108	4.218	69%

Fonte: Relatório da CAF, 2012.

Os indicadores para a avaliação qualitativa são considerados como metas cumpridas a partir da apresentação de documentos que evidenciem sua execução. Dentre estes indicadores, destaca-se: presença de comissões atuantes de revisão de óbitos, de revisão de prontuários, de ética médica e de infecção hospitalar, implantação da Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS, acompanhamento do absenteísmo, incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho em funcionários do hospital, realização de captação de órgãos para transplantes, desenvolvimento de uma política de educação permanente para os trabalhadores do hospital, além de possuir uma gestão qualificada e profissional evidenciada por meio da

utilização de instrumentos de gestão para garantir os resultados esperados e a melhoria contínua dos processos de trabalho.

4.1.6 Contrato de gestão n.03/2010 – OSS Associação Beneficente Hospitalar Peritiba - Hospital Regional de São Miguel do Oeste Terezinha Gaio Basso

O Hospital Regional de São Miguel do Oeste Terezinha Gaio Basso iniciou suas atividades no começo de 2011, e veio implantando os serviços ao longo do ano, buscando atingir as suas metas na proporção em que implantava os serviços no hospital. A UTI inaugurada em junho completou o conjunto de serviços instalados. A produção quantitativa tem como referência os serviços prestados de Assistência Ambulatorial, Atendimento a Urgências e Atendimento Ambulatorial. Já a avaliação qualitativa da assistência oferecida é realizada por meio da análise dos indicadores de qualidade, os quais medem a efetividade da gestão e o desempenho da unidade.

A tabela 7 apresenta a quantidade contratada, a quantidade realizada e a variação percentual do cumprimento desta meta, obtida dividindo-se a quantidade realizada pela quantidade contratada vezes cem:

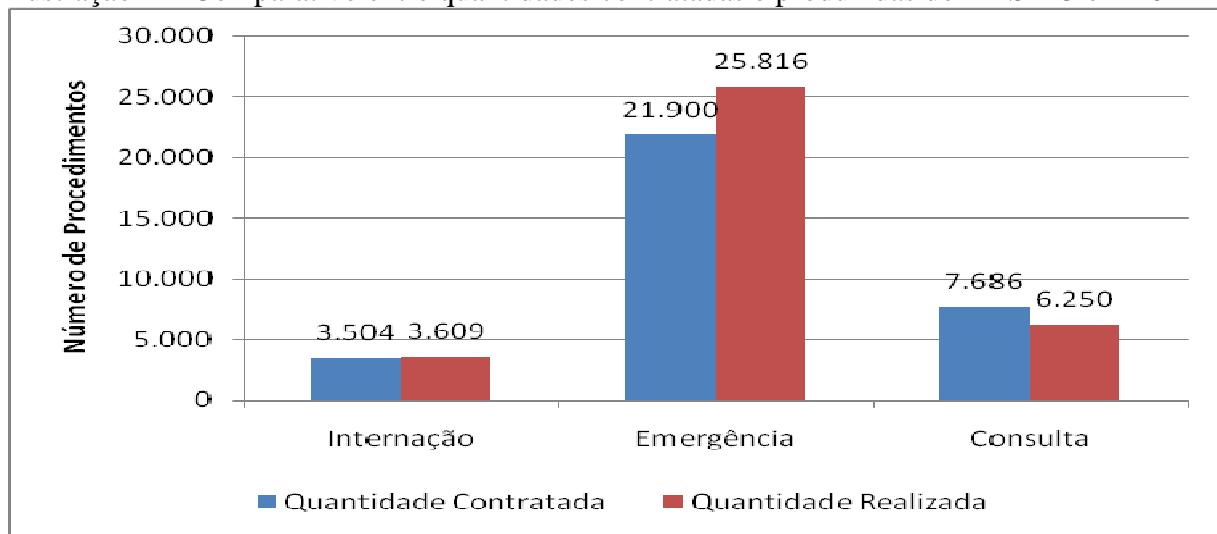
Tabela 7- Comparativo entre quantidades contratadas e produzidas do HRSMO em 2011

Serviço Contratado	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	Δ%
Internação	3.504	3.609	103%
Emergência	21.900	25.816	118%
Consulta	7.686	6.250	81%

Fonte: Relatório da CAF (2012).

Para visualização dos mesmos dados, o gráfico abaixo apresenta um conjunto de duas colunas para cada item de comparação, internação, emergência e consultas, estando em azul a quantidade contratada e em vermelho a quantidade produzida.

Ilustração 12- Comparativo entre quantidades contratadas e produzidas do HRSMO em 2011

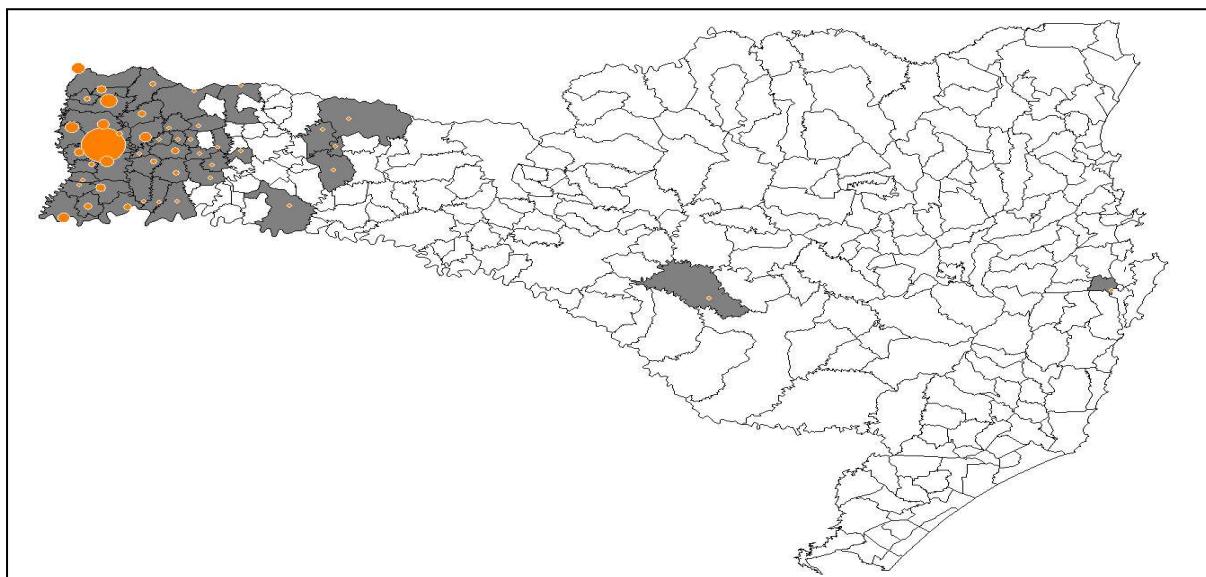


Fonte: Relatório da CAF (2012).

O hospital tem perfil assistencial de um hospital geral com o atendimento das quatro (04) clínicas básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia e pediatria, bem como as especialidades médicas de cardiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia/obstetrícia, pediatria, otorrinolaringologia e urologia.

A fim de evidenciar a dispersão da origem dos pacientes como constatação da importância da unidade como referência na região do extremo oeste, a figura abaixo traz marcados no mapa de Santa Catarina os municípios de origem dos pacientes. Observa-se que quanto maior for o círculo, maior é a densidade de paciente oriundos daquele município.

Ilustração 13- Municípios de origem dos pacientes atendidos no HRSMO em 2011



Fonte: Relatório da CAF (2012).

Analisando as características de cada OSS, pode-se observar que não existe uma padronização entre os contratos de gestão. Cada um deles possui peculiaridades próprias que o tornam único. Os últimos três contratos apresentam semelhanças quanto aos mecanismos de avaliação e cobrança do alcance de metas, embora no caso do contrato de gestão com a Associação São Paulo Apóstolo, seu objeto está aquém do gerenciamento do Hospital Hans Dieter Schmidt. Os mecanismos de aprendizagem e evolução dos contratos são facilmente identificáveis, destacando-se que, nos últimos contratos, a definição de metas estabelece o padrão de repasse ou penalidade a ser aplicada a OSS gerente de acordo com seu desempenho.

O mais notório exemplo desta evolução encontra-se no processo de renovação dos contratos da FAHECE e no novo contrato com o Instituto SAS que irá substituir a FUCRI no gerenciamento do Hospital Regional de Araranguá. Ali as regras estão bem mais claras e objetivas para ambos os contratantes.

Apesar desta evolução, ela se restringe à parte técnica da avaliação a ser desenvolvida por uma CAF oportunamente, não se traduzindo diretamente em *accountability* em relação à sociedade ou para um conjunto mais amplo de *stakeholders*.

5 AS OSSs CATARINENSES NA VISÃO DOS SEUS STAKEHOLDERS

A área de saúde pública, a exemplo de qualquer outra ligada a uma política pública, é o resultado de um processo complexo de negociações e confrontações entre seus *stakeholders*, principalmente representados por gestores, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesses, organizações da sociedade civil e usuários do sistema. As interações destes atores em nível estadual se dão de maneira institucionalizada nas instâncias colegiadas da Comissão Intergestora Bipartite – CIB e do Conselho Estadual de Saúde – CES, no âmbito das quais, sob influência da política nacional, são definidas as políticas para o Sistema Único de Saúde – SUS em território catarinense.

Os aspectos normativos são considerados, levando-se em conta as diretrizes contidas na Constituição de 1988, nas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, além de todo um arcabouço jurídico-legal de outras leis, decretos, portarias, normas e resoluções em cada esfera de governo, oriundos na maior parte das vezes dos resultados dos embates dos *stakeholders* a respeito de assunto afeto à saúde pública e de suas políticas.

A escolha deste tema de pesquisa faz emergir exatamente as discussões e os diferentes posicionamentos, pela ótica de *stakeholders* da saúde pública catarinense, definidos anteriormente, com relação ao gerenciamento de unidades públicas de saúde por meio das Organizações Sociais de Saúde – OSS.

A eleição de 2010 é o ponto de partida aqui adotado como linha de corte temporal para estas discussões, visto que a chapa vencedora, representada pelo Governador Raimundo Colombo e seu vice Eduardo Pinho Moreira, apresentaram e registraram no Tribunal Regional Eleitoral – TRE um plano de governo que continha, entre outras propostas, a ampliação do modelo de terceirização da gestão de unidades públicas de saúde para as OSSs. Embora existissem resoluções contrárias do CES, tão logo assumiu, o Governador determinou ao Secretário Estadual de Saúde que tomasse providências para que fosse colocado em prática seu plano de governo. O entendimento do governo é que o CES não tem competência para definir como será o gerenciamento das unidades públicas de saúde, isto é atribuição do executivo estadual, enquanto o CES teria competência apenas para definir as políticas para a área.

Na visão teórica, trata-se da continuação e ampliação da política trazida pela NGP, segundo a qual o Estado passa a exercer um papel mais regulador e definidor de políticas públicas e menos executor direto dos serviços ofertados à população, contando para isso com

um parceiro privado, no caso uma organização sem fins lucrativos, qualificada como OSS nos termos da Lei, por ato discricionário do Governador do Estado.

Assim sendo, apresentam-se na sequência os principais aspectos destacados pelas falas dos *stakeholders* entrevistados. Embora sejam extensos, foram retiradas de mais de 150 páginas de entrevistas gravadas e transcritas, pela importância de seu conteúdo para a reafirmação e contribuição de afirmações e conclusões que serão apresentadas no capítulo seguinte.

5.1 POSICIONAMENTO DE STAKEHOLDERS

A fim de entender melhor o posicionamento de diversos grupos de interesse em relação aos temas a seguir apresentados, os *stakeholders* foram separados nos diversos segmentos que compõe o CES: gestores usuários do SUS, profissionais de saúde, e prestadores de serviços de saúde.

5.1.1 O Papel do Estado na saúde pública

O governo estadual costuma preocupar-se com o impacto imediato de suas ações. A busca permanente é por aumentar o acesso e a qualidade dos serviços prestados e por implementar o plano de governo proposto pelo Governador, cuja base principal de legitimização é a própria eleição. O Secretário de Estado da Saúde e também presidente do CES, corroborando estas alegações, reforça elementos relacionados à NGP, apresentando como argumento maior a busca por produtividade e qualidade a um menor custo ao terceirizar o gerenciamento das unidades de saúde para as OSSs. Ele afirma:

[...] O governo tem o direito de implementar um plano de governo que foi referendado pela população, que elegeu o Governador do Estado de Santa Catarina em primeiro turno com mais de 52% dos votos válidos daquela eleição, com a decisão de ser a saúde sua principal bandeira, e como disse o Governador reiteradas vezes, sua prioridade número um, número dois e número três [...]. O modelo de gerenciamento por meio das OSSs vai permitir que possamos oferecer à população serviços de saúde em maior quantidade, descentralizados pelo Estado inteiro, com maior qualidade e com menor custo (ENTREVISTADO A, 2012).

O representante suplente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS no CES, de certa forma, concorda com este posicionamento. Sua visão do segmento governo traz uma amplitude que corresponde à percepção dos gestores municipais. O conselheiro reforça a tese de que o Estado deveria ser menos assistencialista e mais regulador, pensamento

base da NGP. Não há que se confundir com a possibilidade de o Estado não prover o serviço público de saúde, uma de suas atribuições constitucionais, mas nesta visão ele definiria as metas e objetivos de uma rede assistencial e contrataria os serviços necessários para que fosse disponibilizado à população o serviço em quantidade e qualidade contratada, tornando mais claro o custo a ser pago por isso e os mecanismos de controle, avaliação e *accountability*.

A maioria das Secretarias Estaduais ainda não encontrou o seu caminho, que em minha opinião é principalmente o de trabalhar com políticas de saúde e não o de ser o principal prestador (assistencial) [...] Eu acho que o principal papel do Estado é o de assessor, é o de ser aquele que subsidia parte do financiamento também por que ele é um grande arrecadador e que eu acho que com o passar do tempo ainda o Estado tem muitos penduricalhos que não deveriam estar com ele. Ele deveria sim ser forte, determinando (as políticas) [...] não que considero que o Estado seja fraco [...] agora, na medida em que ele, como se diz popularmente “atira pra todo lado”, ele passa a ter várias funções, e assim eu acho que ele se perde muito (ENTREVISTADO B, 2012).

O conselheiro representante do COSEMS reforça, ainda, a tese do afastamento das unidades hospitalares próprias das propostas de governo, pelo distanciamento dos centros de decisão e a falta de autonomia destas unidades. Nas palavras do Conselheiro:

Por ter participado (como servidor) numa unidade da antiga fundação (hospitalar) que pertencia ao Estado, pertence ao Estado até hoje, mas é muito distante do poder, quanto mais distante do poder, mas difícil fica de se administrar e eu, como administrador de lá, tive extremas dificuldades, muito mais do que os quilômetros que distanciam essa localidade (Ibirama) de Florianópolis [...] Mas a distância da administração era multiplicada por muitas vezes, então eu vejo que o Estado (governo) é enorme em algumas coisas e pouco ágil (ENTREVISTADO B, 2012).

Constituindo o grupo de entrevistados que representa o Governo, embora não pertencente e atuante no CES, a Gerente de Coordenação das Organizações Sociais destaca que os preceitos trazidos com a reforma sanitária em um grande número de situações ficaram apenas no discurso. A falta de viabilidade e certos anseios recheados de sonhos e utopias se esbarraram com a realidade de um Estado pouco capaz de implementar as políticas contidas na Constituição de 1988, criando uma referência hipotética e uma prática diferente. Embora seja partidária ferrenha dos princípios da reforma sanitária, a Gerente acredita estar em conflito, pois pensa ser possível avançar somente se houver a busca destes princípios por caminhos mais factíveis para o atual momento e contexto. Isto fica evidente em sua fala:

Sinto estar em crise de identidade em relação a isso (papel do Estado na saúde), pois se ao mesmo tempo eu acho que o papel do Estado foi bem definido ao longo da implantação do SUS, muitas coisas não funcionaram. Eu acho que é uma perda de tempo, de energia e de espaço continuar insistindo em alguns modelos que não estão funcionando da melhor maneira ou da maneira que se esperaria ou pelo menos não na prática, então me angustia, em alguns momentos ver uma teoria tão bem formada (o SUS) e uma prática que nem sempre consegue acompanhar, então eu acho que

talvez o papel do Estado seja conseguir aproximar essa margem. Eu acho que quanto menos assistencial for o Estado, melhor. Eu acho que ele tem que ter o papel de regulador e (deve) diminuir o seu papel assistencialista e nisso, essa questão da administração direta, que em Santa Catarina tem essa peculiaridade de ter vários hospitais com gestão direta, eu acho que na maioria das vezes o Estado não faz isso da melhor maneira, enfim, vejo mais um Estado no papel regulador e formulador de políticas (ENTREVISTADO C, 2012).

Ao pensar em qual deveria ser o tamanho do Estado, qual deveria ser a sua atuação em relação à área da saúde, referindo ao ideário político-ideológico do neoliberalismo e o Estado mínimo, o conselheiro que representa o Sindicato dos Médicos de Santa Catarina atuante no CES no segmento profissional, busca resgatar, por meio de um comparativo, o processo de privatização do Sistema Telebrás, destacando que houve debate dentro de sua entidade, inclusive com relação a definir qual seria o posicionamento da entidade sobre o assunto. Assim ele afirma que:

Ao sindicato dos médicos não interessa o Estado máximo ou mínimo, interessa o Estado necessário. E esse máximo ou mínimo vai ser variável em função daquilo que o Estado se propõe em cada área. Certamente para o telefone ficou provado, que naquela época não tínhamos telefone, tu tinhas que pedir o telefone e esperar quanto tempo, ficou provado que tem que ser o Estado mínimo, nós não podíamos ficar naquela coisa de o Estado querer banalizar tudo e não ter, abriu, olha aí a realidade hoje, quem não tem um celular [...] entregaram a Telebrás [...] Estado mínimo lá com certeza. Na saúde, o Estado (tem que ser) o máximo, porque com esse povo carente que a gente tem, com essa dificuldade, essa ausência de cidadania que faz com que o cidadão não saiba aonde bater na porta para reclamar o seu direito ele fala do médico, do enfermeiro, ali o Estado máximo, o máximo não significa dizer, na visão do sindicato: total. A constituição assegura a ação suplementar, complementar privada na saúde [...] (ENTREVISTADO D, 2012).

Esta fala do sindicato dos médicos apresenta dois elementos importantes. O primeiro é a confusão entre terceirização e privatização. Observa-se que mesmo após haver existido amplo debate no SIMESC, segundo o relato, a diferença entre um e outro não ficou clara. Não há como confundir ou mesmo comparar a situação ocorrida na Telebrás, que envolve privatização, com a implementação de modelos de terceirização do gerenciamento de unidades públicas de saúde, pois além de continuarem a ser públicas, com patrimônio público, com acesso público e gratuito, com a regulação do Estado desde o planejamento da encomenda e definição de metas e estratégias de serviços, até o seu controle, avaliação e fiscalização sendo público. O segundo é que os médicos referendados pelo seu sindicato admitem e sustentam a complementaridade privada no SUS.

Em uma ideia que mistura os princípios do SUS, como remanescente consolidado da reforma sanitária, e elementos da reforma do Estado, outro posicionamento bastante presente no CES está contido na fala da conselheira sindicalista do SINDSAÚDE, que representa também o segmento dos profissionais de saúde. Ela transparece uma razão político-ideológica

no alinhamento com os princípios e operação do SUS e argumenta que a reforma do Estado impidiu a implantação do Sistema como ele fora concebido, mesmo antes da Constituição de 1988.

[...] A reforma de Estado de Fernando Henrique Cardoso tem vários nomes [...] na minha avaliação e na avaliação da minha entidade, ela veio como o avanço do neoliberalismo no Brasil. Essa reforma, de certa forma, contribuiu para a não implantação efetiva do Sistema Único de Saúde, porque a política pública de saúde no nosso país veio de um movimento, da reforma sanitária, que conseguiu garantir na Constituição Federal o direito universal e o acesso universal à saúde a todos os brasileiros. Os anos que seriam necessários para a implantação do SUS essa reforma de Estado boicotou. Então o SUS hoje não foi amplamente efetivado em decorrência dessa reforma de Estado, que mudou a lógica, o Estado mais racional, é justamente isso, a reforma no governo Collor, Fernando Henrique Cardoso mudou o papel do Estado dentro da saúde pública. A Constituição e o movimento da reforma sanitária garantiram a saúde como o dever do Estado e a reforma de Fernando Henrique Cardoso mudou essa lógica, tornou o Estado um mero fiscalizador, e jogando a responsabilidade da prestação de serviço de saúde para a iniciativa privada (ENTREVISTADO E, 2012).

O conselheiro que representa o COSEMS no CES, de certa maneira concorda com esta questão, expondo que em alguns momentos não fica clara a possibilidade de diferentes modelos de gestão na Constituição, enquanto o que realmente consta de maneira explícita foi impedido de avançar pelas mudanças ocorridas, trazidas pelas reformas do Estado. Ele afirma que:

Apesar de não ser oficialmente assumido por ninguém, eu acho que existem questões que não estão claras ainda. Tem gente fazendo (modelos de gestão) independente de ser autorizado pela lei maior. Mas eu acho que tem todo tipo de administração, tem. [...] o discurso do Estado mínimo em alguns lugares onde o Estado se eximiu das suas responsabilidades. Eu acho que o Estado sendo menor, mais enxuto, mais sim nas funções de regulador, de orientador, de apoiador ele não precisa ser grande demais, eu acho que isso acontece à revelia do que determinou a lei maior. Acho que influenciou por que existe uma grande salada não assumida oficialmente. Eu acho que o Estado foi fraco. Eu acredito que muitas vezes é preciso ir à essência das questões e esgotar (as possibilidades). Eu acho que quem propôs (a reforma do Estado) também retrocedeu, demonstrou fraqueza, mesmo o Estado errando ele não pode demonstrar fraqueza ele teria que se reorientar. Eu acho que ficou um grande buraco por que não se foi até o final da reforma (sanitária). Na proposta da mudança que está aí hoje ficou capítulos vazios (ENTREVISTADO B, 2012).

O papel do Estado está bem definido na Constituição Federal de 1988, e embora existam divergências sobre ele, pode-se concluir que, na opinião dos *stakeholders*, a Constituição garantiu o direito universal à saúde a todos, admitindo que este direito possa ser prestado diretamente pelo Estado ou por delegação a outra organização, preferencialmente filantrópica.

5.1.2 As dificuldades do gerenciamento direto de hospitais públicos

É difícil comparar o gerenciamento de hospitais na administração direta com aqueles que estão terceirizados para outros modelos de gestão, em função de suas particularidades.

Para o conselheiro que representa a Federação dos Hospitais do Estado de Santa Catarina – FEHOESC no segmento prestadores de serviços no CES, não é possível comparar a gestão pública e a gestão privada de hospitais. Assim, pode ser um erro tentar realizar esta comparação, pela diferença dos mecanismos de gestão que existem entre uma organização pública e uma organização privada. Ele fala que:

As dificuldades trazidas pela administração pública na área da saúde restringem muito as ações e a culpa não é do administrador é do sistema que, muitas vezes, mesmo trabalhando com correção, com lisura, não tem muita autonomia, não tem como se organizar. Quem sofre com isto é a população que nada tem a ver com esse problema (ENTREVISTADO F, 2012).

Dentre as muitas dificuldades apontadas, o conselheiro afirma que, além dos entraves burocráticos característicos da administração pública, não se pode deixar de considerar as batalhas da esfera política trazidas para a gestão das unidades públicas de saúde. Referindo-se a questões de influências externas advindas deste campo político afirma que:

Eu não tenho dúvida de que há pressão externa (isso sempre existiu e sempre vai existir), a pressão por interesses corporativos nesta e em outras esferas de governo [...] Então muitas vezes as pessoas não estão preocupadas com aquele cidadão que chega na emergência de um hospital e você (gestor público) tem que estar lá e dar condição, e ter medicamento, e ter material e ter um médico pra atender e muitas vezes você não tem o apoio à retaguarda suficiente pra poder dar essa condição para o paciente (ENTREVISTADO F, 2012).

O entendimento de que determinados entraves burocráticos possam ser superados são sempre lembrados na defesa da terceirização das unidades públicas de saúde, para outro modelo de gestão. Mais afetado por estes mecanismos, o segmento gestor, representado no CES pelo Secretário Estadual da Saúde, complementa a fala do conselheiro da FEHOESC quando confirma que:

Existem inúmeros entraves burocráticos na gestão direta de hospitais públicos, a começar pela Lei de Responsabilidade Fiscal que nos impede de contratar mais profissionais, a questão da isonomia que nos impede de remunerar de maneira diferenciada os profissionais das áreas mais remotas e menos atrativas para os profissionais se fixarem, além da burocrática da lei das licitações que tornam o processo de gerenciamento muito engessado ou ainda o estatuto e o corporativismo dos servidores públicos, que de maneira injusta acaba por privilegiar uma minoria que não corresponde às necessidades do serviço e que contaminam a grande maioria dos servidores que são dedicados e comprometidos (ENTREVISTADO A, 2012).

Em complemento ao afirmado anteriormente, corroborando a necessidade de criar mecanismos próprios capazes de evoluir no gerenciamento de unidades públicas de saúde, cujo modelo de gestão direta espelha enormes dificuldades, um técnico da SES, administrador

e membro da CIB, externa a preocupação em garantir um SUS mais efetivo com a racionalização dos meios para o alcance deste propósito maior. Ele destaca que:

O engessamento da administração direta tem mostrado ser humanamente impossível gerenciar unidades complexas e que precisam de agilidade pela atual burocracia estatal. Numa atualidade onde se questiona a ineficiência e o desperdício, é extremamente onerosa a centralização de vários processos, entre eles, por exemplo, a centralização de aquisição de materiais e insumos para a área hospitalar, o que tem implicado, entre outros, na demora de intervenções programadas, causando enormes prejuízos e gerando insatisfação junto à população (ENTREVISTADO G, 2012).

A existência de entraves burocráticos, em sua grande maioria, está ligada à Administração Pública Tradicional, em sua visão de excessos de mecanismos de controle, no desenvolvimento de atividades meio em detrimento dos resultados a serem alcançados. Os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, e a própria Lei de Licitações, são exemplos de como a generalização da legislação pode dificultar a gestão hospitalar. Assim, de fato, não é possível comparar genericamente a gestão direta com a gestão terceirizada, pois seus mecanismos operacionais são completamente diferentes. Porém, é possível compará-las em alguns elementos, como o da satisfação dos usuários com os serviços, por exemplo. Para fins de análises pontuais, é necessária a definição de indicadores específicos que podem ser objeto de análises específicas e não gerais.

5.1.3 A participação da sociedade e o SUS

O SUS, dentro de sua concepção humanista, democrática e participativa, em muitos momentos se opõe diretamente à ideia racional e de resultados trazida pela NGP. Em sua evolução e pela necessidade de participação da sociedade em todo o processo, muito do que é visto no NSP poderia fluir mais facilmente enquanto modelo dentro dos princípios trazidos pela reforma sanitária e incorporados ao SUS, como é o caso das instâncias das conferências de saúde e dos conselhos locais, municipais, estaduais e nacional de saúde, traduzidos pelo controle social, e mais que isto, pela própria sociedade em um movimento participativo.

A este respeito, o conselheiro representante do COSEMS no CES relata certa frustração quando afirma que:

Eu vejo certa crise no processo participativo (do SUS). Acho que houve uma participação muito grande no final dos anos 70 e anos 80 e que a partir dos anos 90 isto ficou mais morno. Acho que hoje essa participação não é tão grande. Existe uma crise. A sociedade poderia estar participando e hoje seria a época de colher os frutos de todas essas discussões. Na minha opinião, a sociedade falha muito nas suas representações, nas questões dos conselhos, acho que alguns são pró-forma [...] a questão é que quem é eleito para um conselho não consegue levar para as suas

entidades, porque na verdade a representação se resume ao conselheiro que esteja representando uma instituição, uma entidade. E essa volta da discussão eu acho que não acontece, por que senão a participação nos conselhos seria muito mais rica. As pessoas colocam lá principalmente suas opiniões individuais e acho que isso vem a enfraquecer todo o conjunto (ENTREVISTADO B, 2012).

A conselheira que representa o SINDSAÚDE também relata certa fragilidade do SUS em termos de participação social. Os conselhos poderiam representar canais privilegiados de engajamento do cidadão, atuando como construtor de políticas de saúde, e como direcionador das decisões relativas aos serviços de saúde providos pelo Estado. O Novo Serviço Público enfatiza a necessidade de aproximar o cidadão do serviço público prestado à sociedade, tanto por razões econômicas quanto sociais e políticas. Porém a própria sociedade, em muitas ocasiões, não está preparada para isto, pois envolve engajamento e responsabilização cidadã. A conselheira destaca:

Penso que a população é muito desinformada, muito desarticulada como um todo. A população deveria se envolver mais nos conselhos locais de saúde, por exemplo, são poucos os bairros que tem conselho local de saúde, deve ser por lá o começo da discussão sobre a saúde pública. Se a gente fosse seguir as leis do SUS, a lógica do SUS é essa, então a população desconhece muitas vezes seus próprios direitos, e em decorrência disso não se envolvem nas discussões [...] Eu acredito que existem vários instrumentos que a população não se apodera deles, as associações de moradores, os conselhos em geral, tais como os conselhos comunitários e os conselhos de saúde. Eu penso que a sociedade civil tem uma responsabilidade também, dentro dos serviços, e principalmente tem um potencial de garantir a efetivação dos serviços, mas infelizmente a população hoje é muito pulverizada e desconhece o seu papel (ENTREVISTADO E, 2012).

O próprio entendimento e sentido da participação em determinadas ocasiões não parece claro nem mesmo aos conselheiros do CES. Seu papel deveria ir muito além de suas opiniões próprias ou a defesas de interesses corporativos das entidades ou segmentos que representam no conselho. Neste sentido, o conselheiro representante da FEHOESC comenta o que entende como participação popular:

Eu acho que hoje tradicionalmente se fala nisso como controle social, esse controle social no Conselho Estadual de Saúde. Fala-se muito dessa expressão do controle social, nós somos o controle social. Mas o controle social tem que estar focado especificamente para o interesse público, para o interesse do cidadão e não para o interesse dos seguimentos, seja ele prestador, seja ele profissional de saúde, seja ele um funcionário público. Vamos dizer assim então: eu acho que esse controle é necessário. Ele auxilia até as ações do próprio Tribunal de Contas. O Conselho Estadual de Saúde e os Conselhos Municipais, no meu entendimento, são as portas de entrada desse controle para que esse controle possa efetivamente fazer com que os estados e os municípios apliquem bem os recursos do sistema de saúde (ENTREVISTADO F, 2012).

A falta da participação da sociedade nas definições de políticas em saúde pública é percebida tanto por conselheiros como por gestores da SES. A gerente de coordenação das OSS em Santa Catarina comenta que:

Não vejo (a participação), e essa avaliação é fruto de minha experiência em diferentes locais. Vejo uma participação muito pequena, muito “ideológica” e muito pouco produtiva. Me dá pena por se perder espaços importantes que deveriam ser melhor ocupados [...] muitas vezes a intenção não é evitar a participação popular ou evitar discussão, muito pelo contrário, é poder estar abrindo isso e tornando mais transparente possível, mas na maioria das vezes esse processo não é produtivo, se perde em discussões menores e, enfim, muito ideológicas e com objetivos muito pouco importantes considerando a situação que está se tratando. Então muitas vezes, de alguma maneira o objetivo é simplesmente para atacar o gestor ou atacar determinada pessoa, e existe toda uma condução da discussão e o objetivo principal da discussão se perde. Então eu fico com pena por que eu acho que é um espaço ainda mal aproveitado e que não reverte pra sociedade (ENTREVISTADO C, 2012).

Uma técnica da SES, que também é professora e enfermeira no SUS, atesta esta condição em seus anos de trabalho na saúde pública catarinense quando fala que:

A comunidade não participa efetivamente. Os conselhos de saúde são arenas de disputa de poder de alguns que representam a si mesmos. Não repassam nada do que acontece ou é discutido nos Conselhos para a entidade a que representam, se é que são entidades mesmo (ENTREVISTADA H, 2012).

Ainda sobre a participação da população por meio de sua representação no CES, muitas vezes é considerada mais teórica do que prática. A própria vice-presidente do CES reconhece que existem expectativas suas e de sua entidade que foram frustradas após seu ingresso no Conselho. Mas também reconhece que o funcionamento do próprio controle social é falho à medida que não expõe e interage com a sociedade como deveria, fazendo com que as atividades desenvolvidas retratem mais os interesses pessoais ou dos grupos ali representados do que os anseios da própria sociedade. Nesta situação, a falta de *accountability* se dá pelo próprio controle social, quando além de não conseguir muitas vezes cobrar a transparência das ações governamentais adequadamente, ele próprio restringe a apresentação e interação de sua atuação em conjunto com a sociedade e outros órgãos de controle. Nas palavras da farmacêutica e conselheira:

Quando eu entrei (para o CES), eu achava ingenuamente que eu tinha listinha e realmente eu tinha a capacidade de fazer o que a teoria diz que um conselho tem que fazer: definir políticas, fazer o seu acompanhamento e fiscalização. Depois de um determinado período de tempo, eu percebi que as coisas funcionavam diferentes, mais em alguns aspectos de certa forma foi frustrante pra mim perceber que não tava funcionando, especialmente quando a gente pensa naquilo que é pactuado dentro da CIB, e que não é, passa pelo conselho naquilo que o conselho homologa como resolução e não é cumprido pelo Estado. Então essas coisas vão frustrando um pouco a nossa atuação enquanto conselheiros. A gente começa a se perguntar, não

era pra ser diferente? Se o conselho aqui decide alguma coisa não tinha que ser feito como a decisão do conselho? Eu tenho percebido que em algumas coisas estão acontecendo de maneira diferente do que foi decidido pelo conselho, então percebo que a minha capacidade de influenciar como conselheira vai até um determinado ponto que não é exatamente como a teoria reza na Constituição, na lei 8.080/90 e em outras normas legais [...] embora acredite que nosso CES seja atuante, ainda assim eu acho que falta o retorno dos conselheiros que estão lá, tirando por mim mesma, para a sua entidade. O retorno nosso pra nossa base, porque daí sim pode-se amplificar o que a gente pode conceituar como um conselho atuante, que não é só aquele que lá dentro pensa políticas, executa e faz fiscalizações e proposições, mas também aquele que devolve pra sociedade aquilo que foi feito lá dentro. Eu acho que isso a gente podia melhorar. Acho que é uma coisa, até mesmo o próprio conselho em si enquanto órgão deliberativo, às vezes falha em divulgar isso na página do controle social nas mídias eletrônicas que o conselho tem à disposição pra divulgar mais pra sociedade a sua atuação (ENTREVISTADO I, 2012).

Mesmo que o espaço de participação tenha sido garantido por mecanismos legais vinculados à estruturação do SUS como um sistema, com a previsão das estâncias máximas através das conferências de saúde e dos conselhos de saúde, o relato é que estes espaços são comandados por grupos de interesse que nem sempre representam os interesses dos cidadãos. A falta desta ocupação de maneira legítima e representativa enseja certo desvio do ideário trazido pela reforma sanitária e sujeita o SUS a grupos mais bem articulados, notadamente sindicatos e associações profissionais.

5.1.4 O papel do Estado e a gestão de unidades de saúde

Nas novas relações entre o Estado e a sociedade, com o incremento trazido pela reforma gerencialista, existe a necessidade mínima de um Estado capaz de atender a novas funções, tais como a de contratar, fiscalizar e regular estas relações. Para tanto, é preciso que o Estado se atualize em sua capacidade de desenvolver seu novo papel trazido pela reforma. A busca de um modelo que traga maior eficiência, eficácia e efetividade, racionalidade e flexibilização na gestão da coisa pública faz com que o Estado tenha que assumir novos papéis e tenha que ter a capacidade de desenvolvê-los e publicizá-los, garantindo não só a sua execução, mas apresentação de novos formatos de *accountability* e de envolvimento da sociedade nos moldes do NSP. O risco em desmobilizar a estrutura estatal nos moldes da APT em função destes novos papéis encontra-se em não fazer nem uma coisa nem outra. Estas questões são objeto de reflexão nas palavras do conselheiro do COSEMS quando diz que:

O Estado tem se demonstrado fraco nas suas cobranças, ele faz contratos muito ruins. Existe muita influência externa e indevida. Eu acho que todo mundo tem o direito de tentar (pressionar). O Estado se molda muito facilmente às pressões, muitas vezes políticas partidárias, não políticas de saúde pública, de sociedade. Eu acho que tem que ter uma estrutura forte pra cobrar os compromissos. Então o

Estado tem que se estruturar pra isso, ele tem se demonstrado (incapaz). Mesmo em processos simples da (Lei) 8666 em que o cara faz um contrato, entrega aquilo ali, e se você não tem um sistema de acompanhamento de cobrança de fiscalização, aquilo que você está recebendo não é aquilo (que foi contratado) e nos serviços não é muito diferente. Então ele precisa se estruturar, se preparar para esse tipo de coisa, eu acho que ele pode sim (aderir a outros modelos de terceirização de gestão), muitas coisas ele já poderia ter repassado, mas ele precisa se estruturar nesse sentido é uma convicção. Eu mudei, eu acho que a gente tá sujeito (a mudanças), eu (ainda) não sou adepto totalmente dessas organizações sociais porque os exemplos ainda são muito ruins e principalmente por que considero os Estados fracos, tanto os municípios, quanto os estados, quanto à união (ENTREVISTADO B, 2012).

Muito além do tema de fundo sobre a terceirização da gestão das unidades públicas de saúde para as OSSs, esta fala do conselheiro remete ao reforço da ideia de que é necessário e de fundamental importância o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão pública como maneira de objetivar mais e melhores resultados, quer pelo incremento de novas técnicas ou modelos de gestão, quer pelo aperfeiçoamento do aparato já existente e a utilização de ferramentas de controle, gestão e *accountability*, incluindo a capacidade de *enforcement* do Estado, ou seja, de fazer cumprir regras e contratos e, caso não cumpridas, aplicar sanções.

Sobre a possibilidade de terceirização da gestão de unidades públicas de saúde para a sociedade como extensão da reforma do Estado dentro da perspectiva do NSP, o conselheiro do COSEMS ainda pondera:

O modelo tem que ser testado. Eu acho que é possível, embora existam áreas que eu tenho dúvidas e outras que a nossa legislação não permite [...] as questões de regulação de serviços, as questões das vigilâncias, são papéis, pelo menos até agora, atribuídos diretamente ao exercício pelo Estado, por que tem poder de polícia. Então quero dizer que acho que isso tem que ser preservado. Vejo como fundamental saber cobrar, independente de quem, acho que um dia nós vamos chegar lá [...] Eu acho que pode ser possível, eu acho que a gente tem que estar aberto a mudanças a tudo, mas temos que preservar aquilo que não é tão moderno assim, mas que é a essência de um sistema. O Sistema Único de Saúde tem que modificar algumas coisas, tem que se aperfeiçoar, nessas questões, alguma coisa se ele perder, já não vai mais ser o Sistema, aquele pensado (com a reforma sanitária). Acho que toda sociedade tem que repensar muito [...] poucas discussões têm sido feitas nesse sentido, tem elementos que são considerados pétreos, mais eu acho que tem que ser avaliado... Acho que muita coisa que se colocou (na teoria) e nunca foi colocada em prática, inclusive tem alguns artigos da lei 8.080 [...] Infelizmente, vários governos cederam, todos eles defendiam e nenhum colocou em prática. Hoje não se pode jogar pedra, não se pode dizer “que é coisa de direita ou coisa de esquerda”, que “é política deste ou daquele partido”, pois todos eles têm reproduzido tanto no município quanto nos estados, quanto na união, esse tipo de coisa, um discurso diferente da prática quando se é oposição ou quando se está na situação (ENTREVISTADO B, 2012).

Abordando o mesmo tema, o conselheiro da FEHOESC comenta a necessidade de tornar a atuação do Estado mais efetiva do que aquele que ele próprio consegue desenvolver. Novamente suas palavras traduzem a essência da NGP e a necessidade de reformar o Estado:

O Estado deveria ser o regulador, o Estado deve estabelecer as metas, os objetivos e fazer o controle das ações que são pactuadas com os prestadores, sejam eles municípios, sejam eles os prestadores privados. Trabalhar por metas [...] e já estão sendo feitas em muitos casos, porque os hospitais recebem uma meta e essa meta tem que ser cumprida, se não for cumprida se penaliza ou se refaz a nova meta. Então eu acho que o Estado está fazendo o seu papel e deve ampliar ainda mais para ficar mais regulador e estabelecer as metas e fazer os controles e o pagamento naturalmente (somente) pelo serviço executado (ENTREVISTADO F, 2012).

O segmento dos usuários no CES possui um posicionamento objetivo, que traduz em sua síntese a manipulação do sistema, concentrando em sua maior representação membros de movimentos sindicais e associações profissionais que, junto com o segmento próprio dos profissionais de saúde, temem as possíveis mudanças decorrentes da busca da racionalidade e eficiência das ações relacionadas à gestão pública das unidades de saúde, inclusive a possível perda de direitos conquistados pelos servidores públicos da saúde. O conflito político-ideológico é pano de fundo para justificar as ações destes grupos de interesse, que tentam buscar na reforma sanitária e na interpretação mais radical de determinados preceitos legais a justificativa para serem contra os modelos de terceirização da gestão, ou mesmo de reforma do Estado. A fala da conselheira do SINDSAÚDE resume este posicionamento:

O Estado deveria ser o executor da política de saúde. Esse é o papel dele que está na Constituição, que está nas leis do SUS. Hoje este é um papel distorcido. Hoje muitas vezes o Estado compra mais serviços do que propriamente produz e oferece pra população através dos seus próprios meios, os meios públicos (ENTREVISTADO E, 2012).

Cabe considerar, no entanto, que as associações comunitárias filantrópicas e privadas são parte da realidade da saúde pública catarinense há muito tempo. Este modelo foi construído a partir do envolvimento comunitário muito antes de se pensar em reforma do Estado, ou mesmo na reforma sanitária e no próprio SUS. Ele guarda aspectos semelhantes aos preconizados pelo NSP, pois a sociedade se reuniu, construiu e operacionalizou unidades de saúde comunitárias, com a ajuda do Estado no provimento de recursos adicionais aos colocados pelas comunidades. Hoje, mais de sessenta por cento dos hospitais que prestam serviços ao SUS em Santa Catarina são entidades privadas comunitárias de cunho filantrópico. Assim, não se pode realmente afirmar que a sociedade foi omissa na construção do SUS catarinense, ou mesmo que o SUS em Santa Catarina é somente uma iniciativa pública. Quando o SUS surgiu, estas unidades já operavam, muitas delas há mais de 30 anos. Sobre esta participação comunitária, o conselheiro representante da FEHOESC comenta:

A participação comunitária na saúde em Santa Catarina já ocorre há muitos anos. Se nós considerarmos que 62% dos hospitais do Estado são entidades benfeitoras ou filantrópicas, cuja legislação específica impede a distribuição de resultados, que não

podem remunerar seus diretores, pode-se então (dizer) que existem 62% dos hospitais prestando serviços ao SUS como suas atividades principais. Essas entidades foram formadas na época para fazer com que a população não tivesse que se deslocar em longas distâncias pra poder ter assistência [...] Estas organizações comunitárias são acompanhadas e geridas pela comunidade local, inclusive com a participação do MPE, associação de moradores, associação comercial industrial, os clubes de serviços, sindicatos rurais e outros. Eu quero dizer que ao longo dos anos as associações foram se formando e agora, naturalmente, com a nova legislação, com a modernização da legislação e novos modelos gerenciais, estão se buscando outras formas de parcerias da sociedade civil com o Estado (ENTREVISTADO F, 2012).

5.1.5 O SUS como modelo de sistema público de saúde

Apesar de diferentes visões quanto aos modelos de gerenciamento de unidades públicas de saúde, possibilidades ou não de terceirização do gerenciamento destas unidades, ou mesmo da participação da iniciativa privada (filantrópica ou não) no SUS, quando o assunto é o sistema público de saúde, o SUS é uma unanimidade e ao seu redor existe uma convergência entre as opiniões dos *stakeholders*. Todos defendem o SUS ferozmente. A gerente da SES, responsável pela coordenação das OSSs em Santa Catarina comenta a este respeito, ponderando, no entanto, que áreas como a gestão hospitalar tem que evoluir ainda mais para promover melhor uso dos recursos disponíveis, já que o subfinanciamento é evidente:

Não tenho dúvida de que houve um avanço inegável nesses vinte e dois anos de SUS. Acredito que em muitas áreas, como na Atenção Básica, houve um impacto importante e os indicadores mostram isso, a diminuição na mortalidade infantil, na mortalidade materna (por exemplo). Não tenho dúvida de que em algumas áreas o avanço foi enorme e isso é reconhecido internacionalmente. Acho que tem outras áreas, onde esse avanço não foi tão grande e a questão da gestão hospitalar é uma delas, onde a gente não consegue ter, visivelmente, essa melhoria de qualidade de atenção, e a outra questão, já está mais do que comentada, é a questão do financiamento. O subfinanciamento ainda é sim um fator decisivo para o não avanço do SUS em determinadas áreas, então, mas acho que é um processo que seguramente positivo e que tem sim dado muito resultado. Acho que os problemas existem, mas são menores em grau do que os benefícios que tem se tido com o Sistema (ENTREVISTADO C, 2012).

Para o conselheiro da FEHOESC, o maior destaque do SUS foi garantir um direito universal à saúde. No entanto, destaca também um ponto negativo do Sistema, com a importância da criação de mecanismos que reajustem os valores pagos pelos serviços:

Com a universalização, houve uma ampliação de serviços oferecidos a toda população, a partir da Constituição de 1988, onde o cidadão hoje com base no artigo 196 tem o direito à universalização do atendimento. O ponto negativo, na minha opinião, os governos em todas as suas esferas não se preocuparam ou não estão dando muita importância para a remuneração desses serviços [...] a tabela muito defasada com valores abaixo efetivamente dos custos, isso tem levado esse hospitais

a buscarem outras fontes alternativas pra compensar essa defasagem [...] Os hospitais não estão tendo a condição para dar o atendimento adequado, para estar trazendo as condições adequadas em função de que eles não têm recurso pra investir na melhoria do seu parque hospitalar (ENTREVISTADO F, 2012).

Outra preocupação relacionada com a descentralização das atividades é a concentração dos recursos, o que atinge diretamente os municípios. O conselheiro representante do COSEMS dá ênfase a esta questão quando afirma que:

O processo de descentralização foi um passo importante [...] mas uma das falhas nesse processo foi que junto também não teve uma pactuação financeira [...] esse processo descentralização foi fundamental no SUS, mas o pacto foi mal feito. Descentralizaram o serviço mas não mandaram o dinheiro [...] tudo sobrou para os municípios, que é o ente que menos arrecada... Hoje eu acho que existiu evolução, aprendizagem e que já tem decisões mais amplas (entrevistado B, 2012).

A capacidade que os brasileiros tiveram de criar um sistema público de saúde universal com tantos aspectos positivos é o destaque da fala da conselheira do SINDSAÚDE, mas traz como ponto negativo a possibilidade da participação da iniciativa privada, deixando claro seu posicionamento:

Eu acho que em um país como o nosso, com bastante desigualdades sociais, o SUS é uma política universal de saúde da população, acho que sem ele nós teríamos condições de saúde piores. Acho que [...] o acesso universal de qualquer cidadão independente de sua classe social ou renda, ao serviço de saúde é o principal ponto positivo do SUS. Eu não sei se o SUS teria alguma coisa que eu pudesse falar contra, na verdade até hoje a gente não viveu o SUS implementado em toda a sua plenitude. Em minha opinião, se o SUS fosse efetivamente implementado em todas as suas instâncias, se conseguíssemos reorganizar a atenção à saúde na população, seria possível termos (uma) qualidade de vida muito superior ao que a gente vive hoje. Talvez um contra seja que dentro da lei do SUS se permitiu a participação da iniciativa privada, e até hoje a gente não tem isso regulado, a gente não tem um limite entre o público e o privado, essa é uma fragilidade das leis do SUS. Se diz que ela é complementar e aí varias pessoas interpretam a participação da iniciativa privada como complementar de diversas maneiras, muitas vezes como bem melhor (aquela que) responde aos seus interesses. Então dentro da política de saúde eu penso que essa é uma fragilidade, a falta de regulamentação e o limite (de participação) da iniciativa privada (ENTREVISTADO E, 2012).

Reforçando as falas anteriores, o Presidente do CES e Secretário de Estado da Saúde lembram que o sistema não é perfeito, e deve estar sujeito a mecanismos de aperfeiçoamento e atualização constantes, para evoluir assim como a sociedade evolui. Ele complementa:

Existem muitos pontos a serem aperfeiçoados, no entanto é inquestionável o avanço proporcionado à população em termos de anos de vida e de sua qualidade. O salto de expectativa de vida da população como um todo saiu de uma média de 60 anos de vida para uma de 77 anos, e não tenho dúvida que, junto com outros fatores, o SUS contribuiu em muito com isto. O acesso universal permitiu que uma grande quantidade de brasileiros, que antes eram tratados como indigentes, simplesmente por não terem empregos formais, viessem a ter direito à saúde. A descentralização das ações, o trabalho de promoção e prevenção e a participação da sociedade por

meio do controle social também são outros aspectos muito importantes a serem considerados (ENTREVISTADO A).

Para a técnica da SES, administradora e ex-diretora de algumas das unidades hospitalares próprias de gestão direta enfatizam que em sua visão os avanços conquistados levaram a novos desafios, que se traduzem em mecanismos de aperfeiçoamento da qualidade e na busca de recursos suficientes para o custeio e os investimentos necessários. Ela diz que:

Os fundamentos da reforma sanitária foram, de certa forma, alcançados. A saúde como direito, o acesso universal, a criação de um sistema público nacional e a compreensão de que as condições de vida de uma população são determinantes para a saúde de povo. Hoje os desafios estão na qualificação desta imensa rede criada e na viabilização econômica deste sistema (ENTREVISTADO J, 2012).

Apesar dos avanços mencionados e do destaque dos pontos positivos comentados pelos *stakeholders*, uma imagem diferente sempre é trazida pela mídia que expõe e fragiliza o Sistema. A imprensa, como um dos importantes *stakeholders*, apesar de não ter sido citado anteriormente, por sua capacidade de influenciar a opinião de milhões de pessoas com a veiculação de suas mensagens, dificilmente expõe agendas positivas do SUS. Esta também é uma opinião quase que unânime entre os outros *stakeholders*. No entanto, a falta de envolvimento social e *accountability* e meios de prestar contas à população acaba por dar destaque a esta informações muitas vezes colocadas de maneira sensacionalista. A este respeito, apresenta-se a fala da conselheira do SINDSAÚDE:

A mídia vende uma imagem muito negativa do SUS. A maioria dos casos mostra apenas as fragilidades e não se enaltecem as coisas boas do SUS. O nosso Sistema de Saúde é referencia mundial numa série de coisas, uma série de programas. Tem problemas? Tem, mas talvez eu como profissional de saúde e militante da saúde consiga ter acesso a isso, e a mídia até pelo fato de buscar muitas vezes (somente) a audiência [...] tem essa tendência de mostrar o que é ruim e a consequência disso é favorecer (o impacto negativo), inclusive faz com quem as pessoas muitas vezes não defendam o serviço público de saúde [...] as pessoas acreditam que o que ela tá mostrando é o todo, ou seja, que tudo é ruim, e muitas vezes (a população) para de defender a política pública. Eu penso que quem depende do sistema, quem o usa ele e o conhece, tem uma percepção diferente. É importante ter a dimensão que fatos e estatísticas mostram que o SUS é fantástico (ENTREVISTADO E, 2012).

A gerente de coordenação das OSSs catarinenses complementa, afirmando que em muitos casos existe falta de profissionalismo na indicação de cargos de confiança que estarão diretamente ligados a gestão do SUS, principalmente considerando-se a complexidade do sistema. Ela afirma que:

O usuário normalmente fica satisfeito e avalia bem o SUS, apesar de ainda ter problema de acesso [...] Apesar disto tudo, vejo uma enorme evolução. Acho que os próprios pactos refletem isso e avançaram nesse sentido e acho que agora cada vez mais é reduzir o espaço que separa o avanço no campo teórico do prático e acho que

muito dessa distância se deve à influência política, onde muitas vezes os gestores não estão capacitados pros cargos, e muitas vezes não entendem a complexidade do Sistema. Isto tende a exigir que essa tarefa se torne cada vez mais eficiente na busca de ferramentas de planejamento, de ferramentas de gestão, fazendo com que seu uso repercuta de uma maneira mais efetiva na melhoria do acesso da qualidade de serviços pelo SUS (ENTREVISTADO C, 2012).

Vários são os desafios a serem enfrentados pelo Sistema. Além daqueles já mencionados, os *stakeholders* apontaram como principais aqueles relacionados à melhoria da gestão, da inter-relação entre entes federativos, a influência política na tomada de decisão, o amadorismo de como se dão determinados processos decisórios, a falta de profissionais no interior (sobretudo de médicos em determinadas especialidades), além da descontinuidade das ações em função da troca de gestores relacionado ao processo político. Os elementos mais apontados como grandes desafios por praticamente todos os *stakeholders* estão relacionados a aspectos de gestão e subfinanciamento. Para evidenciar estes aspectos, buscou-se entre as diversas falas, as palavras do conselheiro representando do COSEMS, que afirma:

A falta de formação, informação, o gerenciamento, a gestão em si é um grande desafio, eu acho não temos que ter especialistas perpétuos, donos na verdade, mas temos que profissionalizar. Temos que trabalhar mais com a nossa informação na questão do gerenciamento e gestão de planejamento [...] Eu não me conformo que passado tanto tempo, isso não esteja arraigado. Para dar certo [...] em qualquer organização, sendo a pública, privada, o princípio de tudo é o planejamento. Então esse é o grande desafio [...] aqui em Santa Catarina temos um excesso de hospitais (em torno de duzentos), temos que ter uma política definida para eles e não vejo o Estado muito preocupado com isto. Acho que temos que ter uma política direcionada para os hospitais de pequeno porte, independente do seu modelo de gestão. Em Santa Catarina, em determinadas regiões, tem município de nove mil habitantes que tem dois hospitais [...] então não há administração nem privada nem pública que dê conta de subsidiar, financiar a sobrevivência (destas unidades). É preciso definir uma política, mais do que discutir modelos de gestão [...] mas acho saudáveis os debates no CES, e vejo as OSS como mais uma possibilidade que pode vir a dar certo" (ENTREVISTADO B, 2012).

O SUS é uma referência mundial em termos de sistema público de saúde, embora não atenda na plenitude os anseios da população, notadamente pela existência de alguns “gargalos” de dificuldade acesso e falta de qualidade nos serviços prestados. Em que pese o estado de Santa Catarina ser pequeno e rico, perto de outros da federação, existem vazios assistenciais em terras catarinenses, onde a descentralização dos serviços ainda não aconteceu ou a complexidade descentralizada não atende à demanda destas localidades.

Mesmo assim, não se pode generalizar da maneira como o Sistema difundido pela mídia ou por alguns grupos de interesse. Este terrorismo midiático só beneficia aqueles que querem vender algum tipo de facilidade em relação ao acesso ou à qualidade do sistema, ao invés de fazê-lo melhorar em suas fragilidades.

Melhoria da capacidade de gestão por meio da profissionalização dos gestores é um destes gargalos e enseja maior investimento em capacitação e absorção de técnicas e ferramentas de gestão disponíveis aos gestores privados que deverão ser adaptadas e contextualizadas à realidade pública.

5.1.6 O gerenciamento de unidades públicas de saúde por OSSs

As opiniões dos *stakeholders* sobre os modelos de gestão e, mais especificamente, sobre as OSSs catarinenses são bastante divergentes. Os debates no CES como palco do reflexo dos diversos segmentos foi bastante conturbado, com conflitos levados ao extremo da não aprovação da prestação de contas da SES do ano de 2011, sob a alegação de que elas continham o financiamento das unidades de saúde gerenciadas pelas OSSs.

O posicionamento conservador do CES, em relação a possíveis reformas do Estado na área da saúde que possam representar alguma mudança aos preceitos filosóficos, políticos e ideológicos contidos originalmente na reforma sanitária representam uma afronta à maioria dos membros do CES. Há que se considerar, como foi dito anteriormente, que, na avaliação deste pesquisador, no segmento dos usuários, que representa 50% dos membros do Conselho, houve uma articulação com uma participação muito grande de segmentos profissionais, notadamente de sindicatos e associações de classes. Houve, portanto, uma distorção da representatividade da população e possivelmente dos seus interesses reais.

Uma das expressões de maior representação e grande liderança destes movimentos está representada pela conselheira que exerce a função de vice-presidente do CES. A conselheira expõe sua opinião sobre o gerenciamento de unidades públicas de saúde por OSSs, questionando o modelo:

Qualquer que seja o modelo que não seja um modelo de administração pública, de certa forma é admitir que o Estado não tenha competência pra fazer a sua atividade primordial. Entregar a gestão pra qualquer outro formato seja ela por OSS, fundação, seja o que for, é admitir que o Estado seja incompetente pra fazer. Quando na verdade eu acho que tem competência pra fazer, mas aí esbarra numa série de motivações, sejam elas administrativas, financeiras, políticas, legais, que fazem então optar por essas alternativas [...] Eu queria que alguém me explicasse que sentido faz se entregar pra um terceiro fazer a gestão, se isso vai onerar ainda mais o custo daquela operação, porque ninguém trabalha de graça. Se você vai contratar um terceiro pra fazer, esse terceiro tem que ser remunerado e receber a sua vantagem por fazer aquele serviço, é óbvio, ninguém trabalha de favor. E se vai sair mais caro, por que tu vais contratar um terceiro, por que pagar mais caro? Primeiro diz que é pra economizar, mas não faz sentido, todos os exemplos que a gente tem você tem uma taxa administrativa embutida, certo? Então, se fosse pra investir mais, como vai ter que investir mais no decorrer do tempo, porque a própria administração não fez? Gastou dinheiro, então pra mim não tem uma justificativa plausível. Têm, claro

algumas explicações como a facilitação dos processos administrativos, a celeridade e tal que algumas formas de gestão proporcionam, isso é inegável, mas aí eu acho que a gente precisa reformar dentro do Estado as políticas que dariam maior celeridade pra esses processos pra própria administração pública fazer (ENTREVISTADO I, 2012).

O conselheiro que representa a FEHOESC afirma que, apesar da falta de gestão adequada do SUS, o modelo de gestão por OSS funciona e que ele mesmo, quando membro da CAF que acompanhava o contrato de gestão da FAHECE/HEMOSC, pôde constatar isto. Nas suas palavras:

Temos agora as Organizações Sociais que tão sendo desenvolvidas através de um projeto novo do Governo do Estado. Esse sistema já está demonstrando (resultados) [...] eu, como participante da CAF do HEMOSC, tive a oportunidade de ver o avanço desse sistema, o avanço desse processo onde o Estado estabelece as metas que são pactuadas, o valor da remuneração do serviço [...] e se cobra o resultado. Eu acho que esse modelo tende a ser um modelo a ser desenvolvido eu creio que... tende a ser bem sucedido (ENTREVISTADO F, 2012).

A visão do governo do Estado, nas palavras da médica gerente de coordenação das OSSs em Santa Catarina vê com bons olhos a iniciativa do Estado em ampliar o modelo e as unidades gerenciadas desta maneira, embora hajam pontos a serem aperfeiçoados:

A gestão de unidades de saúde pelas organizações sociais é positiva no sentido da capacidade de executar com mais rapidez e com mais qualidade as muitas metas pactuadas, e a clareza com que estas metas são pactuadas e os instrumentos formais de acompanhamento e de avaliação dessas metas e indicadores são desenvolvidos, mensurando e explicitando os resultados alcançados. Como pontos a serem aperfeiçoados, vejo que aqui no Estado este modelo ainda não foi adequadamente absorvido pela própria SES, pelos seus técnicos, existindo muitas dúvidas, existindo muita falta de participação por falta de conhecimento, por falta de entendimento [...] o conhecimento não foi difundido e, seguramente, se isso for (feito), não só por que é uma política de governo, uma política de Estado, tanto a SES quanto outras secretarias precisam se capacitar, e é um tema novo, não é tão simples assim, mas seguramente isso tem que avançar (ENTREVISTADO C, 2012).

A conselheira do SINDISAÚDE contesta estas visões, e retorna ao apelo político-ideológico em seu discurso, enquanto sindicalista e representante dos trabalhadores no CES, agora deixando transparecer certo apelo na direção da falta de *accountability*. Ao mesmo tempo representa um desconhecimento do processo do concurso de projetos, onde o Estado lança um edital de chamamento público, com as metas que deverão ser implementadas em quantidade e qualidade e aguarda proponentes que irão disputar entre si o contrato a ser firmado com o Estado para o gerenciamento da “encomenda” que o próprio Estado fez. Este desconhecimento pode também ser traduzido pela falta de *accountability* ou de motivação para conhecer o processo. A conselheira afirma que:

Em todos eles (modelos) o Estado muda a sua lógica [...] ele deixa de ser o executor do serviço e a iniciativa privada passa a ser a executora e com isso eles ganham uma autonomia muito grande [...] o Controle Social não tem controle, muitas das vezes o próprio governo não tem controle sobre ela, dependendo do contrato que se faça com essas entidades [...] nem o governo não consegue ter a fiscalização e controle que deveria ocorrer. Então o problema maior pra mim é esse, é que a iniciativa privada ganha muita autonomia, autonomia na contratação de profissionais, que isso interfere diretamente na qualidade dos serviços, autonomia na compra de materiais, e a gente já viu vários exemplos de que sai mais caro, materiais que poderiam ser comprados a menos custos, sai mais caro e aí interfere na aplicação do recurso público, e autonomia, pra mim é o mais grave de todos, na prestação de serviços, as fundações e as OSSs ganham autonomia pra decidir o que elas vão prestar de serviço e como vão, quantas vagas vão (disponibilizar) e isso fragiliza a rede de atenção do SUS (ENTREVISTADO E, 2012).

Na visão do técnico administrador que assumirá a Superintendência de Planejamento e Gestão da SES brevemente, o modelo de gestão de unidades públicas de saúde por OSSs resume na prática a transformação do Estado e do seu papel frente à perseguição dos objetivos contidos nas políticas públicas de saúde. Observa-se uma colocação diretamente relacionada com a NGP pela busca e foco nos resultados. Nas suas palavras:

Este modelo resume as características importantes relacionados às mudanças na estrutura organizacional, induzidas pelas novas lógicas de gerenciamento e gestão, onde a intervenção do Estado passa a ter um caráter predominantemente regulador e financiador. Promove uma certa flexibilização administrativa, com autonomia para elaboração de normas próprias para contratação e seleção de pessoal, proporciona uma certa liberdade de execução financeira dentro do Contrato de Gestão, além de conseguirem adquirir de insumos de maneira mais racional, visando à otimização de custos. Me parece também que no contexto das políticas públicas de saúde, a gestão da Organização Social qualificou melhor a equidade e o acesso, garantidos principalmente através das centrais de regulação e transferência dos recursos públicos com o demonstrativo de despesas hospitalares, que é atribuída a cada usuário no momento da alta hospitalar [...] A introdução de ferramentas de gestão, com a definição mais clara e objetiva dos aspectos relacionados à missão, visão de futuro e focos estratégicos, formatação de uma estrutura organizacional compatível com os processos de trabalho, inclusive com recursos humanos sintonizados com os princípios da qualidade, com indicadores de avaliação de desempenho e de qualidade na prestação dos serviços registrados sistematicamente. Assim, sou favorável à indução de novas formas de gestão e gerenciamento de unidades públicas, principalmente aquelas que possam se qualificar melhor objetivando os resultados a serem perseguidos (ENTREVISTADO G, 2012).

O técnico médico e ex-diretor de planejamento da SES fazem questão de afirmar ser a favor do modelo, e apresenta um elemento novo importante relacionado à privatização disfarçada de espaços e meios públicos, ocupados indiretamente por empresas privadas que se utilizam da esfera pública para escoarem sua produção ou prestarem seus serviços. Ele afirma que:

Sou francamente a favor (das OSSs), diante das experiências públicas que vivenciei que são na verdade uma farsa pública, já que abrigam os interesses privados mais bem atendidos que já conheci, seja pela corrupção, seja pela ineficiência sistêmica. Tenho como princípio que um modelo de gestão é tão bom quanto o resultado que possa apresentar para atender as necessidades do verdadeiro financiador, o cidadão

contribuinte. Por isso sou a favor da terceirização de serviços (o que não considero sinônimo de privatização) e também da desprivatização do espaço público (ENTREVISTADO K, 2012).

O conselheiro representante do COSEMS critica o modelo da Velha Administração Pública pelo excesso de amarras e falta de agilidade e salienta que o modelo de gestão terceirizada para as OSSs pode representar um significativo avanço para o SUS:

O modelo tem compromissos, como metas com administração que está financiando com dinheiro da sociedade, mas não pode ter todas as amarras como a lei de licitações. Tem que ter o acompanhamento pra não haver os desvios [...] nestes modelos de gestão tem que ter as metas, tem que ter os compromissos, tem que ter as cobranças, mas não pode ter essas amarras todas, por que qualquer modelo vai fracassar também se a burocracia for a mesma (ENTREVISTADO B, 2012).

A conselheira representante do SINDSAÚDE, embora em certo momento admita a complementaridade de modelos, no momento seguinte se contradiz, não se conformando com a participação privada no SUS, quando afirma que:

Um sistema totalmente público, com uma mínima complementaridade, seria o ideal. Isto seria inclusive, dentro de um Estado capitalista, seria racional, porque, por exemplo, vai implantar um centro de alto custo num município de quatro mil habitantes, não tem lógica. Assim, vai implantar uma ressonância, uma tomografia para um município de quatro mil pessoas, agora se a gente tem um SUS lá que funciona, com atenção primária com equipe e saúde da família, enfim, trabalho de prevenção, um ou dois casos, seria possível aquele município comprar da iniciativa privada pra suprir a sua demanda. Não adianta a gente pensar em ter tudo em cada município, pra isso existem também os convênios e a iniciativa privada. Seria possível nesses casos, onde o governo acreditasse que seria mais vantajoso pro Estado comprar da iniciativa privada [...]. É um contrassenso [...] em minha opinião essas instituições filantrópicas e privadas existirem [...] elas também teriam que ser públicas, em minha opinião, não é só em relação às OSSs [...] mas essas filantrópicas não deixam também de ser privatização do SUS, elas são assim, a natureza delas é igual, as OSSs possuem maior volume de verba pública, elas recebem mais dinheiro e possuem maior autonomia na implantação desse recurso e essas instituições filantrópicas elas contribuem para a gente continuar com atenção à saúde focada nos hospitais e nos médicos [...] assim a política de saúde no Estado não avança (ENTREVISTADO E, 2012).

A vice-presidente do Conselho reafirma sua convicção, quando faz questão de enfatizar que a concepção do SUS não combina com a reforma do Estado, embora traga a participação da comunidade enraizada como premissa, o que poderia se caracterizar como uma evolução contida no NSP, e no qual o próprio SUS poderia estar se tornando pelo seu processo de construção com a participação da sociedade. Sua fala contempla:

Na minha ideia sobre isso (reforma do Estado, OSSs e o SUS) uma coisa não combina com a outra. Não se consegue explicar, esse modelo da nova gestão pública (no SUS) [...] ele não tem como se encaixar dentro de um modelo de Sistema Único de Saúde socialista como é o nosso. A gente vive num país capitalista, num mundo capitalista, com uma política econômica capitalista e uma política de saúde

socialista. É complicado [...] as duas coisas não se encaixam [...] é como uma peça de quebra-cabeça que não se encaixa. Então é mesmo muito difícil fazer funcionar um sistema público de saúde universal equânime, integral, enfim com princípios socialistas dentro desse modelo [...] um modelo com direitos infinitos e com responsabilidade integral do Estado, dentro de um mundo capitalista e com uma política macro-econômica que nos vivemos. Então fica realmente complicado. Mas eu acredito que ainda assim tem toda a possibilidade de a gente fazer dar certo. São 22 anos de existência e alguns avanços, alguns retrocessos, mas é plenamente possível a gente conseguir fazer dar certo mesmo tendo essa contradição de um modelo de saúde pública dessa forma dentro de uma política econômica capitalista (ENTREVISTADO I, 2012).

A gerente de coordenação das OSSs catarinenses acredita ser um erro comparar a gestão direta de unidades de saúde com a gestão por OSSs. Os modelos deveriam ser vistos como complementares e não como antagônicos. Por meio deles será possível à administração pública evoluir, e se apropriar de mecanismos e ferramentas de gestão que aproximem seus objetivos dos anseios e demandas da população em termos de qualidade e garantia de acesso aos serviços públicos de saúde. Revolucionando a partir de modelos mistos, trazendo-se as evoluções contidas na NGP e no NSP. Ela afirma que:

A justificativa (da implantação das OSSs) infelizmente tem sido crítica à administração direta, e na verdade eu não vejo necessariamente um antagonismo ou uma incapacidade de convivência desses modelos, eu acho que, eles podem e devem coexistir e se autoinfluiam e se autoestimularem mutuamente. Também acho que as dificuldades operacionais relacionadas ao modelo de administração direta [...] está centrado em dois pontos principais: a questão da contratação de pessoas e a forma de compra de materiais, equipamentos, obras e serviços. Basicamente por flexibilizar a gestão em favor das OSSs, se facilita o operacional, mas isto não deve ser a justificativa para buscar o modelo (ENTREVISTADO C, 2012).

A enfermeira e técnica da SES, hoje ocupando o cargo de gerente de planejamento do SUS, concorda com o posicionamento anterior, e complementa dizendo que:

Conhecer apenas a produtividade de um hospital não permite saber se o mesmo está operando de maneira eficiente ou não. Precisamos avaliar se a sua produção é constituída pela observação dos planos de operação e se cada um destes planos corresponde à associação entre quantidades de insumos e quantidades de produtos envolvidos em uma dada operação produtiva. A terceirização da gestão é contratar terceiro para gestão de toda a unidade de saúde e pode ser feita por OSS, OSCIPS, associações, cooperativas, grupos, ONGS etc. A minha crítica é que tem se falado que os hospitais públicos não são eficientes e compararam com outro modelo sem dar as mesmas condições de produção de RH, de recurso financeiro para depois comparar e afirmar que o modelo atual está falido. Não podemos comparar banana com laranja, é isso que as pessoas estão fazendo quando comparam o funcionamento de um hospital público com um que está com a gestão da OSS, pois os processos avaliativos são realizados de forma diferentes (ENTREVISTADO L, 2012).

O médico e técnico da SES diz que seu posicionamento em relação à gestão terceirizada por meio das OSSs se baseia tanto em critérios técnicos quanto político-ideológicos. Sua fala é muito presente entre os técnicos da SES. Ele afirma que:

Minha avaliação é técnica pela tendência de degradação da competência pública nas áreas da gestão das políticas sociais (quando teremos boa gestão no SUS se o gestor da fazenda ganha R\$20.000,00 e o da saúde ganha R\$4.000,00?). Acredito que o controle de contratos pode ser mais eficaz do que a gestão direta, contaminada pela politicagem, descontínua pela própria lógica do processo político, fragmentada pelo clientelismo e asfixiada pelo centralismo. Também é ideológico, porque a defesa do Estado não pode se dar acriticamente, sem uma avaliação séria sobre que Estado é esse e a quem ele serve [...] assim, conheço instituições privadas mais públicas do que os nossos serviços públicos que servem à população catarinense que, paradoxalmente, são gerenciados diretamente pelo Estado (ENTREVISTADO K, 2012).

A terceirização da gestão de unidades públicas de saúde para as OSS parece ter despertado a fúria de alguns *stakeholders* mais radicais em prol do gerenciamento por gestão direta destas unidades. Os mecanismos de debate estabelecidos tiveram suas barreiras quebradas pelo radicalismo de ambos os lados. É interessante observar que este posicionamento contrário de alguns *stakeholders* não se faz presente em outras participações privadas no SUS. Em Santa Catarina existem aproximadamente 180 hospitais privados que prestam serviços ao SUS, em sua grande maioria filantrópicos e comunitários, que dependem não só de auxílio no seu custeio como parcela significativa de investimentos com dinheiro público para se atualizarem às mudanças das legislações sanitárias e se atualizarem tecnologicamente, e nem por isso estão sendo alvo destes destemperos de alguns *stakeholders*.

Ao que se apresentam, os movimentos sindicais, populares de esquerda e classistas se organizaram para ocupar os espaços de participação popular para, em nome do Controle Social, garantir a continuidade da gestão direta das unidades públicas de saúde, sem ao menos discutir o assunto.

5.1.7 A *accountability* como força para o modelo de gestão por OSS

A vice-presidente do CES reforça a ideia de que é necessário melhorar a *accountability*, e que isto poderia mudar o posicionamento de alguns *stakeholders*. Ela fala que:

Se a gente tivesse uma espécie de portal da transparência das OSSs, por exemplo, onde todos os contratos, os valores tivessem abertos, com o acesso na internet onde a gente pudesse acompanhar item a item das coisas, eu acho que podia facilitar mesmo, mas não tem essa abertura, essa transparência toda na prestação de contas e quando um conselheiro vai lá pra fazer isso é humanamente impossível dar conta de ver tudo (ENTREVISTADO I, 2012).

Embora reforcem em sua grande maioria elementos que já são praticados nos dias de hoje, o médico e técnico da SES colabora para o entendimento de que são insuficientes as

ações de *accountability* desenvolvidas, pois não estão surtindo o efeito desejado, quer pela falta de experiência com o modelo, quer pelo ineditismo atrelado ao seu uso na esfera pública, principalmente em relação a práticas de acompanhamento de metas e contratos de gestão. Ele acredita que:

A relativa novidade da função de monitoramento de contratos exercida pelo Poder Público, especialmente na saúde em Santa Catarina, por falta de competência instalada e de estrutura, deixa muitas lacunas e abre a possibilidade de utilização indevida de recursos públicos. Entretanto, é um processo que precisa começar para ir acumulando experiência [...] Uma ideia interessante seria indicar representantes do controle social para participar das comissões de avaliação dos contratos, assim como submeter todos os contratos e suas alterações a comissão especial do Conselho Estadual de Saúde (no caso da SES). A ideia de que o monitoramento dos contratos deve se centrar nos produtos e resultados esperados e não nos meios, é uma revolução [...]. Hoje tudo remete a um controle obsessivo dos meios, sendo que a necessidade do contrato é garantir os produtos, procedimentos e resultados que os usuários precisam [...] A liberdade de fazer buscando a melhor composição insumo-produto é um dos atributos necessários para que o ciclo administrativo seja de fato um ciclo virtuoso que incorpore melhoria contínua (ENTREVISTADO K, 2012).

A técnica da SES, administradora e ex-diretora de algumas das unidades próprias de administração direta apresenta os conflitos de interesses entre o público e o privado, mas reforça a ideia de que o fato de terceirizar a gestão não passa a outro a responsabilidade do Estado sobre a oferta de serviços de saúde em quantidade e qualidade condizente com as necessidades da população. Ela reforça ainda a necessidade de *accountability*, como mecanismo de amortecimento dos conflitos estabelecidos, numa lógica de participação muito presente no NSP. Em suas palavras:

Os conflitos de interesses são inerentes à terceirização e/ou aos contratos de gestão realizados entre entes públicos e privados [...]. Quando se transfere responsabilidades espera-se que as mesmas sejam executadas de forma correta, ou seja, que correspondam aos interesses dos clientes, ou usuários destes serviços. As terceirizações por OSSs ou outra forma jurídica que desempenhem funções de importância na sociedade (saúde como direito fundamental) tem a obrigação de regularmente explicarem o que fazem, como e porque o fazem, como gastam o dinheiro público e o que planejam fazer, pois estes contratos têm um forte componente de responsabilidade social. A *accountability* é um conceito aplicável a várias áreas das relações públicas. É principalmente um conceito da esfera ética. A delegação de responsabilidade não minimiza a responsabilidade social, de quem delegou, com a sociedade e a ela deve prestar conta. Não creio que haja necessidade de criarmos novos mecanismos de controle e monitoramento destes contratos. O desafio está em transformar os mecanismos hoje existentes em algo atuante, que exprima os anseios da sociedade e não de grupos parciais da mesma. A atuação dos órgãos de controle aqui expressados como a CIB, CONSELHOS de CLASSE OU DA SAÚDE, CAMARAS TÉCNICAS, MINISTÉRIO PÚBLICO, PODER LEGISLATIVO, ETC. [...] são mais que suficientes. Eis o problema: como mobilizar e como corrigir possíveis mudanças de rumo? Não creio que seja somente elaborarmos um instrumento jurídico, como um contrato quase perfeito. Acho que entramos aí num jogo político forte em que a grande sabedoria é saber levar os interesses em conflito, para uma situação de consenso. Não há fórmula. É habilidade, transparência e capacidade política (ENTREVITADO J, 2012).

É necessário levar ao conhecimento dos próprios técnicos da SES o funcionamento das Comissões de Avaliação e Fiscalização – CAFs. Estas comissões reúnem-se trimestralmente, com envolvimento de diversas outras secretarias de Estado, membros do CES, de conselhos locais de saúde, das OSSs envolvidas e de técnicos de várias áreas da SES, a fim de realizar o acompanhamento de cada um dos contratos de gestão em vigor. A técnica e enfermeira da SES, que hoje ocupa hoje o cargo de gerente de planejamento do SUS, reafirma esta necessidade e complementa:

O controle social e o controle pela gestão que está terceirizando o serviço são fundamentais. Acho que precisa ter definido um conselho fiscal do contrato além de uma profissionalização por parte dos contratantes com a criação de estruturas organizacionais e funcionais para realizar estes contratos além de uma área para a formalização, acompanhamento e a cobrança das metas estabelecidas e divulgação disto tudo (ENTREVISTADO L, 2012).

Sem um motivo aparente mais concreto que não seja o posicionamento político-ideológico externado pelos conselheiros nas reuniões do CES, aqui representados pelo conjunto dos entrevistados, ou mesmo uma dúvida sempre deixada no ar quanto aos verdadeiros propósitos do avanço do modelo, nada veio à tona que possa corroborar os posicionamentos contrários dos *stakeholders*.

A *accountability* pode reverter o posicionamento mais radical, pelo esvaziamento do discurso de conspiração e corrupção que se instalou como maneira de justificar alguns destes posicionamentos. Mas como tradução da evolução e do aprendizado ela deve incorporar as práticas de maneira mais contundente e efetiva para demonstrar mais do que somente os resultados atrelados aos novos mecanismos de gestão, mas trazer toda a segurança institucional ao modelo e à própria sociedade.

Além disto, apesar de sua importância neste contexto, a *accountability* ainda transcende os aspectos relacionados ao controle de processos e da legalidade tão presente na Administração Pública Tradicional. Ela aproxima o governo da sociedade, conclamando a participação e a co-responsabilidade de cada cidadão na construção social de políticas públicas que objetivem maior retorno, desempenho e resultado para com a sociedade, agregando elementos característicos da Nova Gestão Pública e do Novo Serviço Público.

Neste sentido, Koppell (2005) afirma que, apesar de *accountability* ser um conceito central da administração pública, ainda existe muita discordância sobre o seu significado, normalmente mascarado pela falta de consenso sobre sua importância ou mesmo sua conveniência. Ele propõe uma maior amplitude no entendimento do que seja *accountability*,

pela sua divisão em cinco dimensões que se complementam: transparência, responsabilidade, controle, legalidade e responsividade. Estas dimensões são distintas da simples prestação de contas ligadas a APT, agregam novos elementos a ideia do que seja de fato *accountability* e podem servir como orientação para desenho das relações entre Estado, OSSs e sociedade.

5.2 CLASSIFICAÇÃO DOS STAKEHOLDERS IDENTIFICADOS

Os *stakeholders* definidos anteriormente por meio de um questionário aplicado a técnicos das secretarias municipais e estadual de saúde, além de membros do CES, conforme já descrito, com base nos comentários nas perguntas abertas deste questionário, nas entrevistas realizadas, no levantamento documental e na experiência do pesquisador enquanto um gestor da SES foram tipificados e classificados segundo o modelo de Mitchell, Agle e Wood (1997) e sugeridos como proposta inicial a ser usada e aprimorada pela SES na definição de suas estratégias de relacionamento com seus *stakeholders*. O quadro 3 traz o enquadramento ao modelo:

Ilustração 14- Tipos e Classificação dos Stakeholder

Modelo de MITCHELL; AGLE; WOOD (1997)					
	Legitimidade	Poder	Urgência	Tipo de Stakeholder	Classe de Stakeholder
Técnicos da SES	X			Arbitrário	Latentes
Gestores Municipais	X		X	Dependente	Expectantes
Profissionais de Saúde			X	Reinvidicador	Latentes
Gestor Estadual	X	X	X	Definitivo	Definitivo
Controle Social	X		X	Dependente	Expectantes
Ministério Público Estadual	X		X	Dependente	Expectantes
Usuários			X	Reinvidicador	Latentes
Ministério da Saúde	X			Arbitrário	Latentes
Conselho Estadual de Saúde	X		X	Dependente	Expectantes
Assessores do COSEMS			X	Reinvidicador	Latentes
Universidades			X	Reinvidicador	Latentes
Ministério Público Federal	X		X	Dependente	Expectantes
OSSs de SC		X		Adormecido	Latentes
Consultorias Especializadas			X	Reinvidicador	Latentes
Diretores das Unidades Envolvidas	X		X	Dependente	Expectantes
Conselhos Profissionais	X		X	Dependente	Expectantes
Tribunal de Justiça de SC	X	X		Dominante	Expectantes
Ordem dos Advogados do Brasil			X	Reinvidicador	Latentes
Cientistas Sociais			X	Reinvidicador	Latentes
Órgãos de Classe			X	Reinvidicador	Latentes
Movimentos Sociais			X	Reinvidicador	Latentes
Lideranças Políticas	X	X		Dominante	Expectantes
Deputados Federais	X	X		Dominante	Expectantes

Fonte: Adaptado de Mitchell; Agle; Wood (1997, p. 874).

Desta maneira, não obstante a sua tipificação e classificação faz-se necessário a SES desenvolver uma estratégia de relacionamento com estes *stakeholders* a fim de minimizar os embates relativos à terceirização de unidades públicas de saúde para as OSSs ou ainda para fazê-los entender a necessidade de avanço e evolução do SUS como a própria sociedade evolui.

Objetivamente uma estratégia ligada a criação e desenvolvimento de melhorias ligadas a *accountability* e ao aumento da participação destes *stakeholders* na condução e acompanhamento dos processos de terceirização e divulgação dos resultados poderia ser bastante interessante visto que em sua grande maioria, conforme descrito no quadro 3, a tipificação dos *stakeholders* os colocam como reivindicadores.

As representações dos conselheiros do Conselho Estadual de Saúde estão distribuídas entre os segmentos de governo com 5 vagas, profissionais de saúde com 8 vagas, prestadores de serviços com 3 vagas e usuários com 16 vagas. O CES é predominantemente conduzido pelo movimento sindical, que além de sua representação em maioria no segmento usuário, ainda soma atualmente a maioria das vagas dos representantes dos profissionais, conduzindo as decisões do CES como lhe convier. Seu posicionamento é claramente contrário à terceirização da gestão das unidades próprias para as OSSs.

5.3 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DAS OSSs CATARINENSES

A participação da sociedade se dá de maneira indireta no SUS, por meio dos conselhos locais, municipais, estaduais e nacional de saúde, além das conferências de saúde. Mas se pode perguntar: como garantir esta representatividade popular? Como saber se quem representa cada segmento o está fazendo em resposta à organização daquele segmento ou pela manipulação de grupos de interesse que, em causa própria, dominam espaços de pouca representação? Qual o retorno ou a comunicação que este representante tem com sua entidade ou de que maneira isto pode representar capilaridade no sistema?

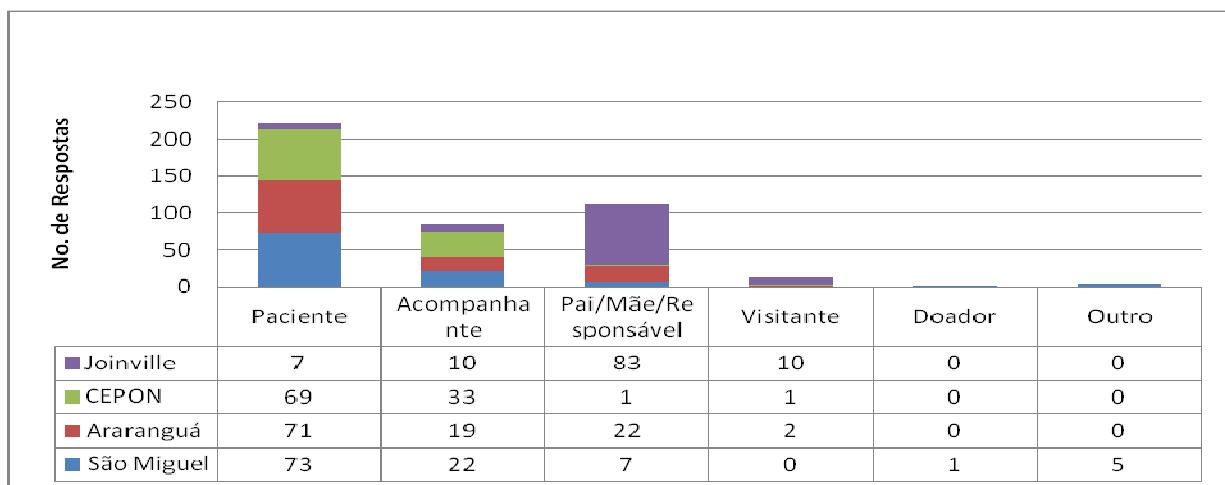
Assim, entendendo que pode existir discrepância entre as respostas a estes questionamentos e a real opinião da satisfação dos usuários das OSSs catarinenses, optou-se em realizar uma pesquisa mercadológica de satisfação entre os usuários de unidades gerenciadas pelas OSSs, como maneira de entender melhor a percepção dos usuários em relação aos serviços prestados.

Não é escopo desta análise o levantamento ou aprofundamento de métodos estatísticos e possíveis correlações entre as respostas, mas tão somente evidenciar o grau de satisfação dos usuários destas unidades pela resposta direta a um questionário para esta finalidade.

Na mesma lógica, também não é objeto desta parte da pesquisa desenvolver qualquer tipo de análise comparativa entre unidades de administração direta e unidades terceirizadas por OSS, no entendimento que, de maneira generalizada, seria inapropriado desenvolver tal comparação, pois os mecanismos e sua operacionalização partem de elementos diferentes, o que tornaria a análise injusta e improdutiva.

Os questionários foram aplicados nas unidades hospitalares gerenciadas por OSS em número de quatro, excluindo-se deste a FAHECE/HEMOSC que é o hemocentro catarinense e a OSS que apóia a gestão direta do Hospital Hans Dieter Schmidt, pois neste caso a gestão em si continua sendo realizada de maneira direta pelo Estado. O gráfico abaixo expressa quem são os respondentes:

Ilustração 15- Respondentes

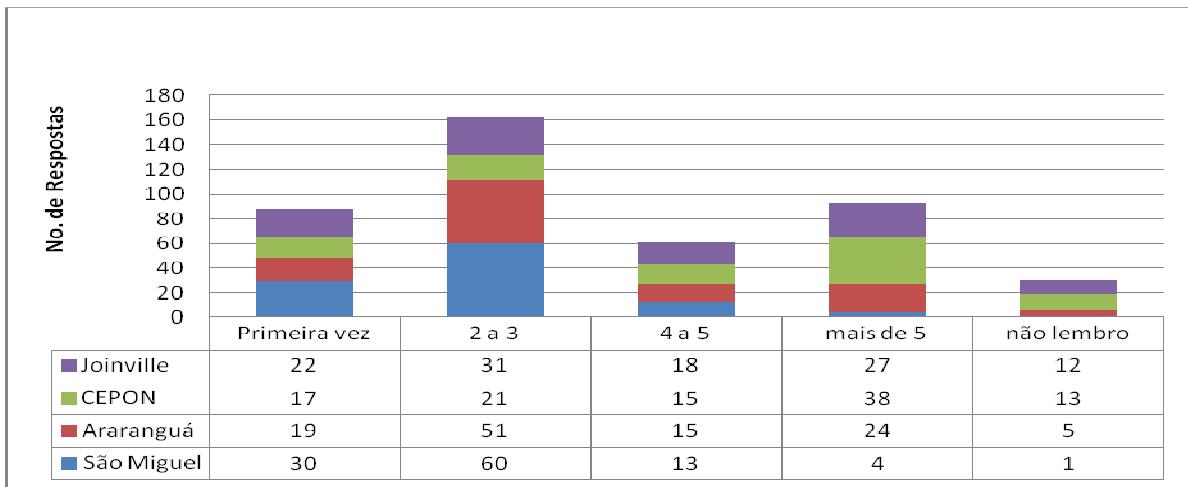


Fonte: Dados primários, 2012.

Observa-se que 50,46% dos respondentes eram pacientes, 25,92% eram pai, mãe ou responsável, 19,27% eram outros acompanhantes, e outros totalizaram 4,36%. Daqui se extrai que os respondentes usaram ou estavam envolvidos diretamente no uso dos serviços das OSSs.

O gráfico abaixo expressa o número de vezes que o respondente já utilizou o serviço:

Ilustração 16- Número de vezes que o respondente utilizou o serviço



Fonte: Dados primários, 2012.

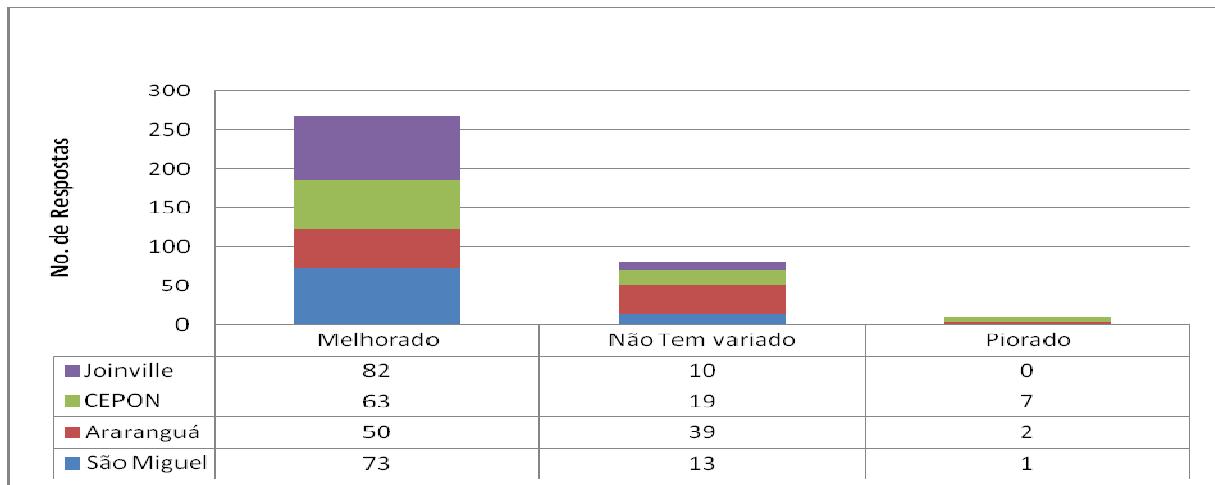
Esta questão reflete que os usuários, em sua imensa maioria, com 72,71% das respostas, já utilizaram o serviço e retornaram para utilizá-lo novamente. Em que pese que no SUS, na grande maioria das vezes, os usuários são encaminhados para a mesma referência, se isto fosse uma contrariedade poderia trazer impacto negativo na satisfação externada nas questões de avaliação do serviço.

A fim de saber a avaliação do usuário sobre a evolução das melhorias de atendimento e qualidade dos serviços ofertados, pode-se constatar que 61,47% dos respondentes afirmaram que o serviço prestado tem melhorado e 18,58% afirmaram que não tem variado, contra somente 2,29% afirmando que o serviço tem piorado.

Como a evolução é uma análise em decorrência do tempo e de múltiplos usos do mesmo serviço, era orientado ao respondente que ele deveria responder esta questão somente se já tivesse utilizado o hospital anteriormente.

O gráfico abaixo representa a distribuição das respostas desta questão:

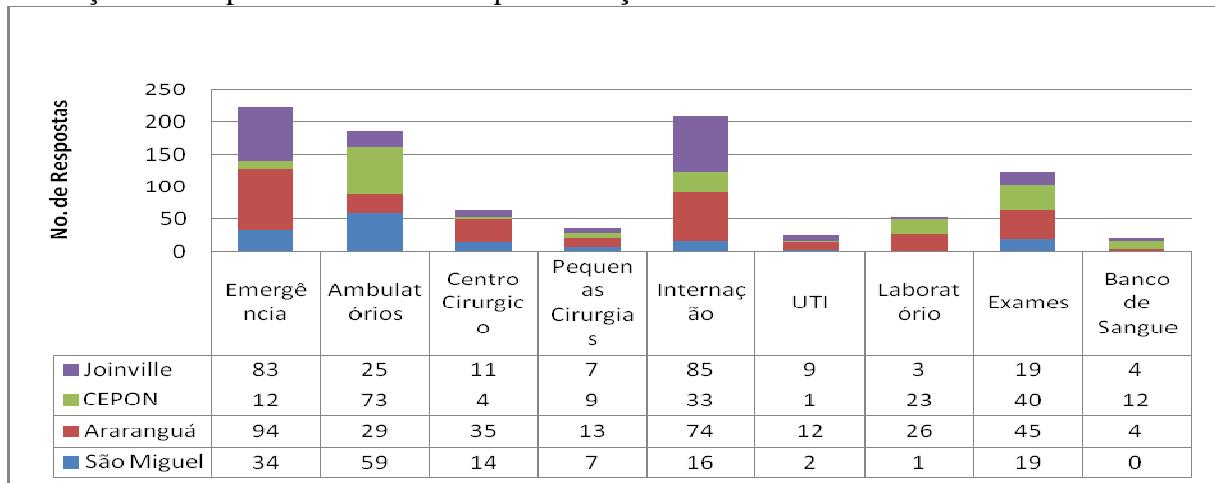
Ilustração 17- Evolução em termos de melhoria do atendimento e da qualidade dos Serviços



Fonte: dados primários, 2012.

A questão quatro refere-se à distribuição da utilização entre os diversos serviços prestados em cada um dos hospitalares. Para esta questão o respondente era orientado que poderia optar por mais de uma alternativa, caso necessário. O gráfico a seguir apresenta estes dados:

Ilustração 18- Dispersão entre os múltiplos serviços utilizados



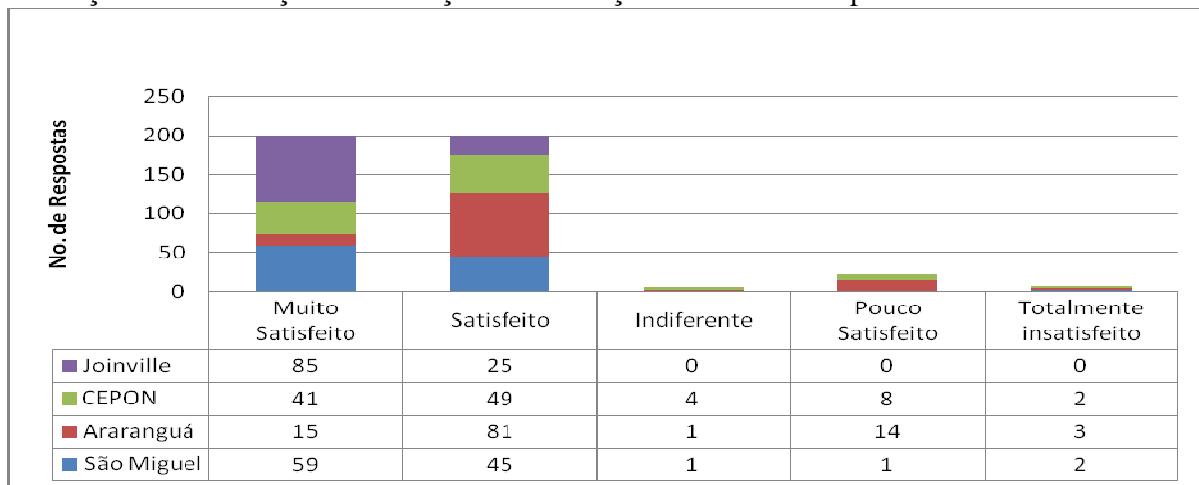
Fonte: dados primários, 2012.

Os serviços ambulatoriais foram destaques na utilização, com 186 respostas para os ambulatórios, 123 para exames de SADT, e 53 para laboratório. Isto representa um indicativo importante da falta de outras estruturas de saúde que custariam mais baratas e poderiam estar em funcionamento, ofertando frente a estas demandas fora do ambiente hospitalar, a um custo muito menor, como é o caso de Unidades de Pronto Atendimento – UPAs e/ou Policlínicas.

A questão cinco se desdobra tratando especificamente dos vários componentes da satisfação dos usuários pelos serviços prestados. Estes elementos buscam responder à opinião do usuário por meio do levantamento de sua satisfação em relação ao modelo de Giancesi e Corrêa (1994) ou das dimensões de Zeithaml e Bitner (2003).

A questão 5a diz respeito às Instalações Físicas do Hospital, representando a dimensão tangível do serviço ofertado. O gráfico a seguir apresenta as respostas:

Ilustração 19- Satisfação com relação às instalações físicas do hospital

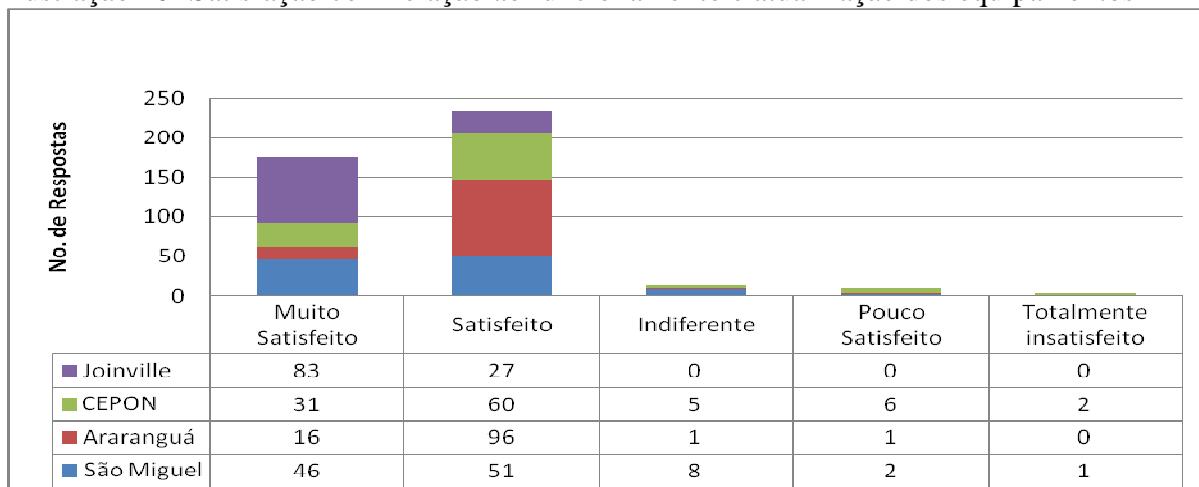


Fonte: dados primários, 2012.

As respostas da questão 5a dão conta que 91,74% dos respondentes estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as instalações físicas do hospital, enquanto 1,38% foram indiferentes e 6,89% responderam estar pouco ou totalmente insatisfeitos neste quesito. O hospital em piores condições nesta avaliação é o Hospital Regional de Araranguá e o mais bem avaliado é o Hospital Infantil Jeser Amarante Farias.

A questão 5b trata do funcionamento e atualização dos equipamentos, também como característica de dimensão tangível na avaliação. O gráfico seguir apresenta estes resultados:

Ilustração 20- Satisfação com relação ao funcionamento e atualização dos equipamentos

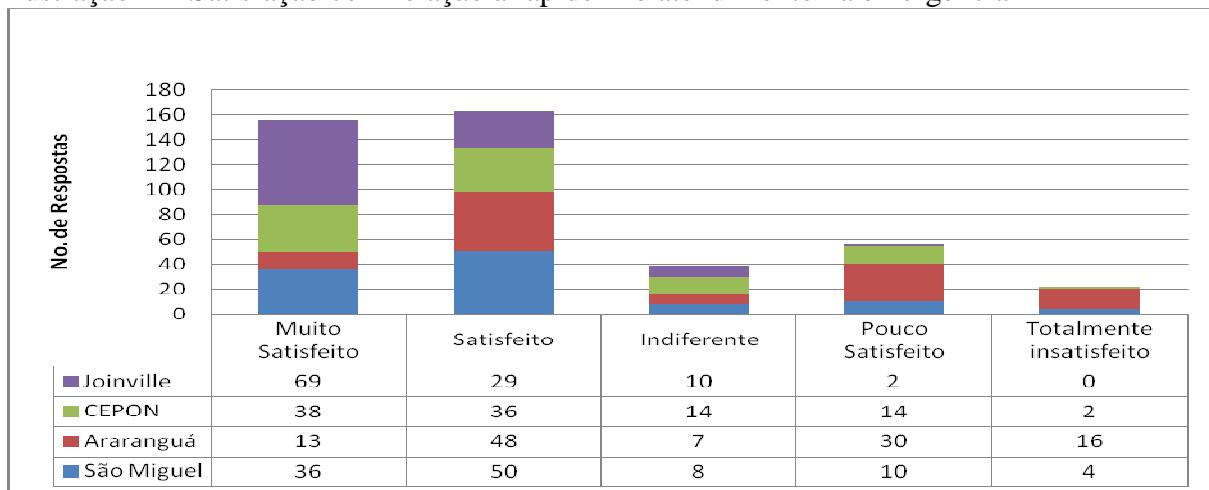


Fonte: Dados primários, 2012.

Esta questão demonstra que 94,04% dos respondentes estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o funcionamento e atualização dos equipamentos nas unidades terceirizadas para as OSSs.

A questão 5c trata da rapidez no atendimento na emergência, correspondendo à dimensão de velocidade no atendimento ou mesmo responsividade. O gráfico abaixo apresenta as respostas:

Ilustração 21- Satisfação com relação à rapidez no atendimento na emergência

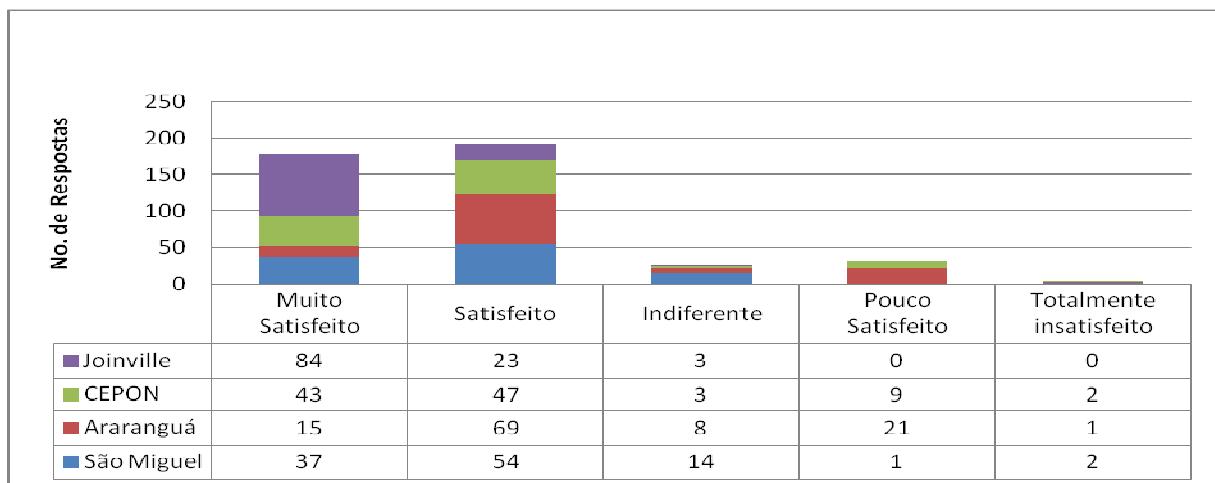


Fonte: Dados primários, 2012.

Embora a avaliação dos usuários seja muito positiva, com 73,17% dos respondentes afirmando estarem satisfeitos ou muito satisfeitos, observa-se que, por se tratar de uma área crítica, devem-se buscar melhorar estes índices, notadamente no CEPON e no Hospital Regional de Araranguá.

A questão 5d diz respeito à efetividade dos serviços prestados, correspondendo a uma combinação de dimensões entre responsividade, confiabilidade, competência e adaptação. O gráfico seguinte mostra os dados coletados:

Ilustração 22- Satisfação com relação à efetividade dos serviços



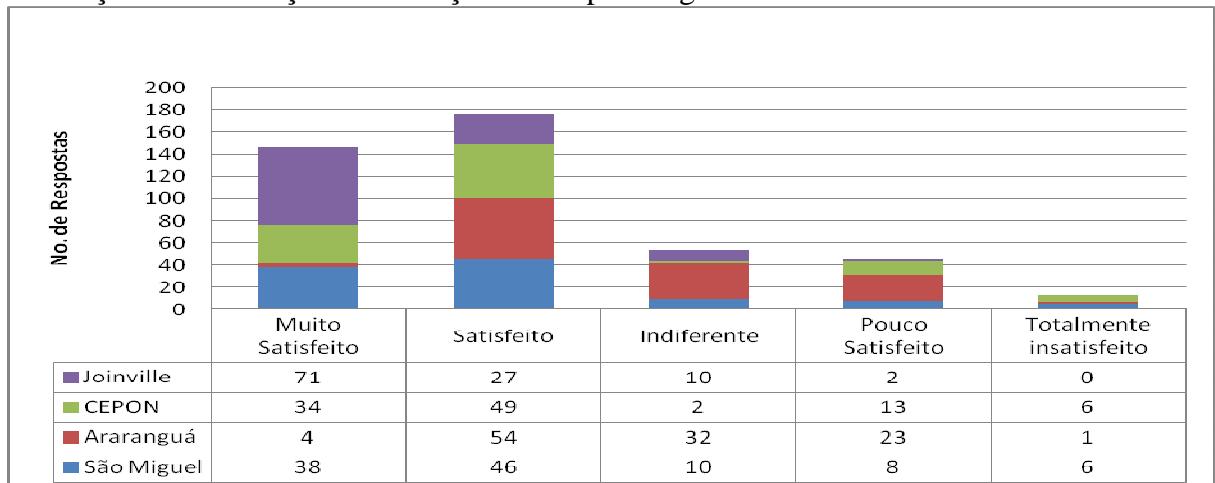
Fonte: Dados primários, 2012.

A questão 5d demonstra que em 85,33% dos casos os usuários estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a resolutividade dos serviços oferecidos.

A questão 5e trata do tempo de agendamento dos serviços, representando a combinação entre as dimensões velocidade do atendimento, acesso e responsividade. Em se tratando de hospitais com grande volume ambulatorial por marcação de consultas, exames de diagnóstico e tratamento e laboratoriais, o tempo de agendamento representa a porta de entrada para acesso a toda a parte eletiva do hospital, ou seja, tudo que não é emergência e pode ser agendado. O tempo de agendamento conquistou o respondente como muito satisfeito e satisfeito em 74,09% das respostas. Assim, existe mais de 25% de possibilidades de melhoria do tempo de agendamento, podendo representar um subdimensionamento das metas ou dos serviços ofertados.

O gráfico abaixo apresenta as respostas relativas ao tempo de agendamento:

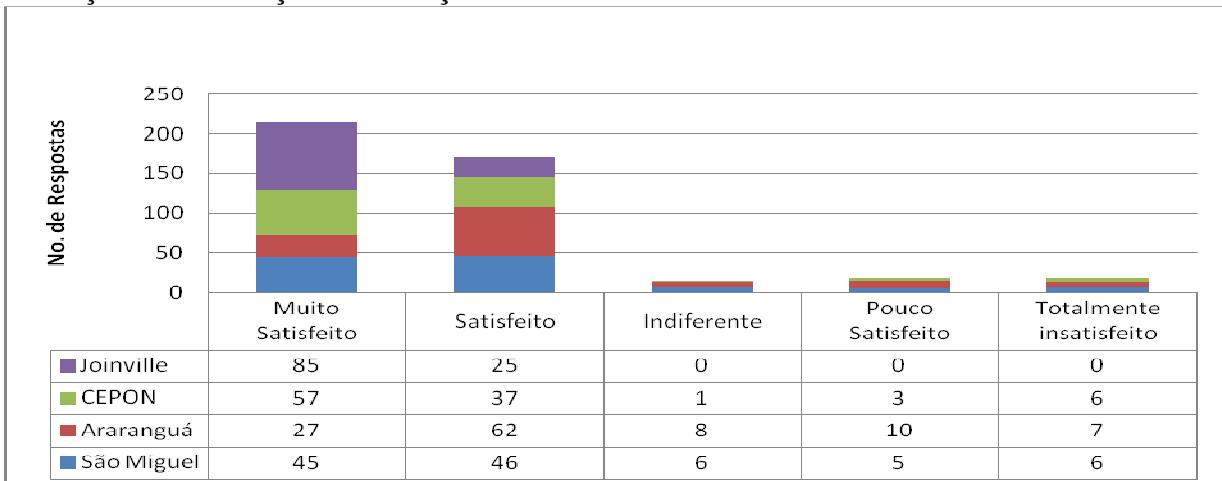
Ilustração 23- Satisfação com relação ao tempo de agendamento



Fonte: Dados primários, 2012.

Na questão 5f foi perguntado sobre a satisfação com o atendimento médico realizado nas OSSs. Este quesito representa a combinação das dimensões confiabilidade, responsividade, credibilidade e segurança, empatia, competência, atendimento e consistência do serviço. O gráfico abaixo apresenta as respostas sobre o atendimento médico nas OSSs:

Ilustração 24- Satisfação com relação ao atendimento médico

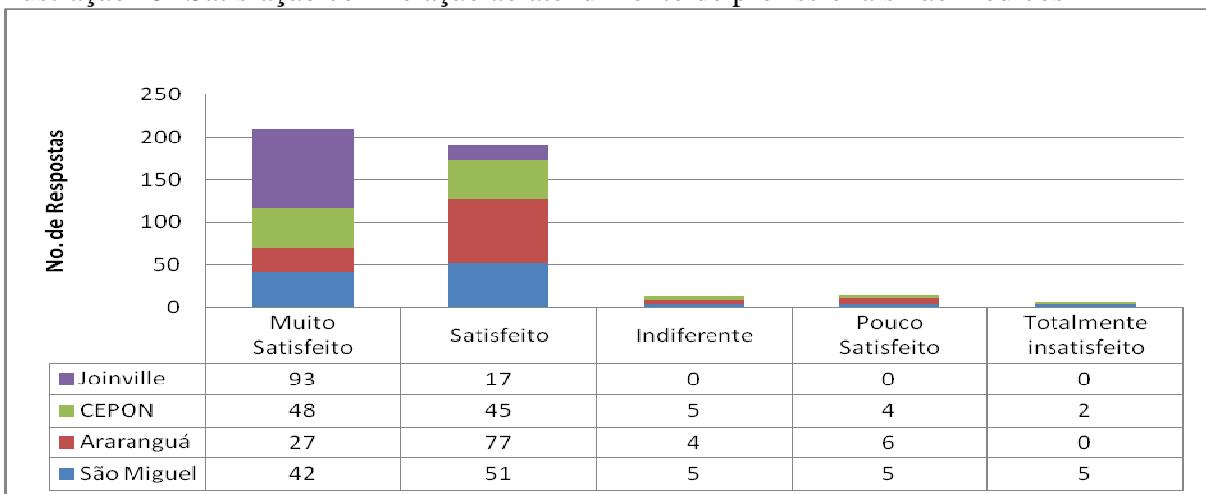


Fonte: Dados primários, 2012.

Os resultados são positivos, visto que 88,07% dos respondentes se declararam satisfeitos ou muito satisfeitos com o atendimento médico realizado.

A questão 5g buscou os dados relativos ao atendimento de outros profissionais. Aqui também a dimensão da satisfação está atrelada à combinação deste vários elementos: confiabilidade, responsividade, credibilidade e segurança, empatia, competência, atendimento e consistência do serviço. O gráfico a seguir diz respeito aos dados coletados em relação ao atendimento por outros profissionais não médicos:

Ilustração 25- Satisfação com relação ao atendimento de profissionais não médicos



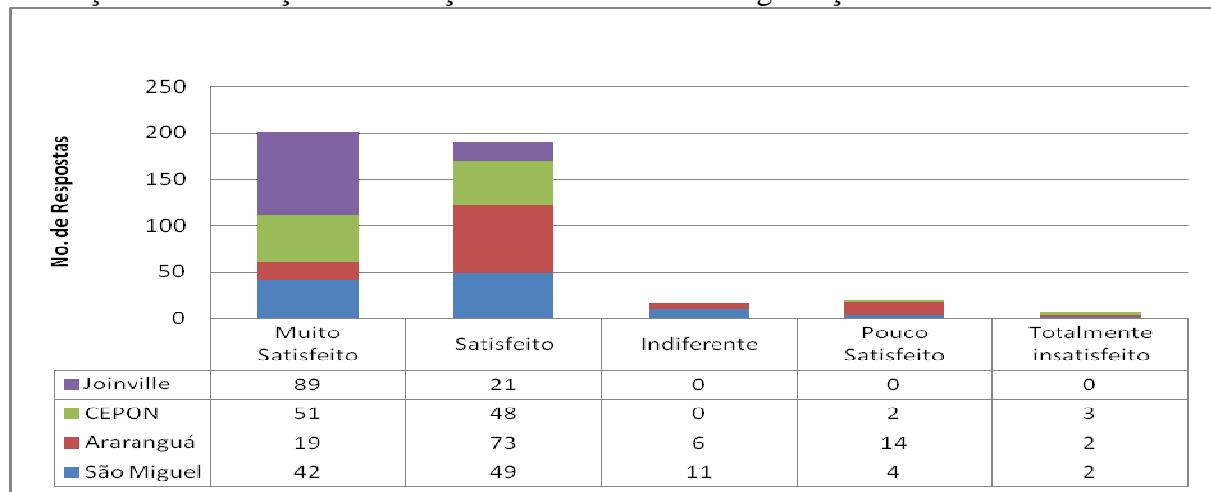
Fonte: Dados primários, 2012.

Esta questão apresenta como satisfeitos e muito satisfeitos 91,75% dos respondentes, denotando a eficiência nos processos de seleção do corpo funcional das OSSs.

A questão 5h trata da satisfação dos respondentes sobre a confiabilidade e segurança traduzindo nestes próprios elementos as dimensões de análise. Esta questão envolve aspectos bastante subjetivos, e ensejam a percepção dos respondentes muito mais que os elementos propriamente ditos. Neste sentido, pode-se afirmar que a percepção dos respondentes levou os mesmos a se declararem satisfeitos ou muito satisfeitos em 89,91% deles, com 3,90% deles indecisos e 6,20% declarando-se pouco ou totalmente insatisfeitos. Observa-se maior insatisfação no Hospital Regional de Araranguá e Hospital Regional de São Miguel D`Oeste e maior satisfação no Hospital Infantil Jeser Amarante Farias, seguido do Hospital do CEPO.

O próximo gráfico apresenta os dados estratificados por nível de satisfação e respectivas unidades.

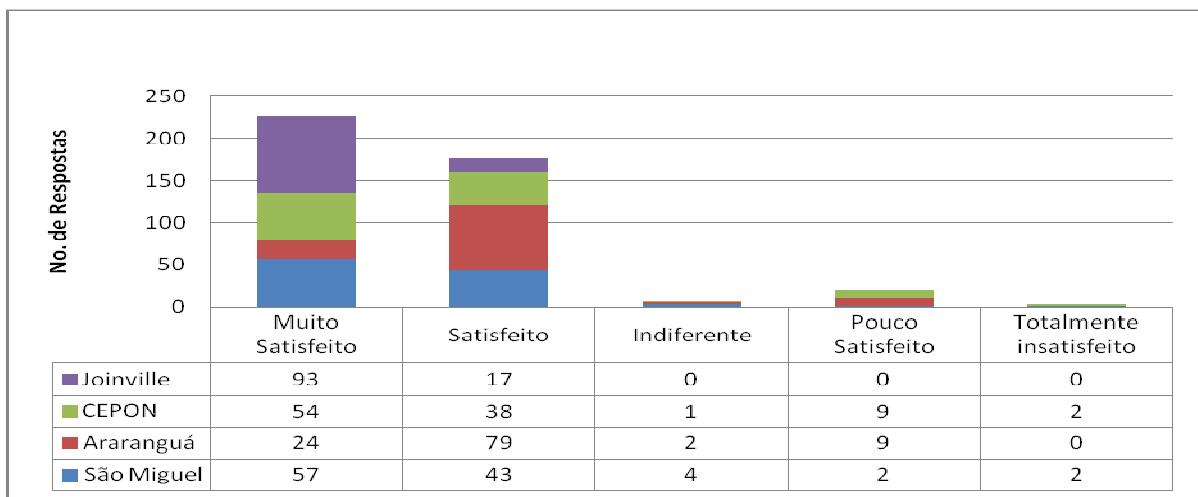
Ilustração 26- Satisfação com relação à confiabilidade e segurança



Fonte: Dados primários, 2012.

A questão 5i diz respeito à satisfação quanto ao elemento cordialidade. Como combinação da percepção de diferentes dimensões que envolvem atendimento/atmosfera, responsividade e empatia. O gráfico abaixo apresenta o condensado dos dados obtidos:

Ilustração 27- Satisfação com relação à cordialidade

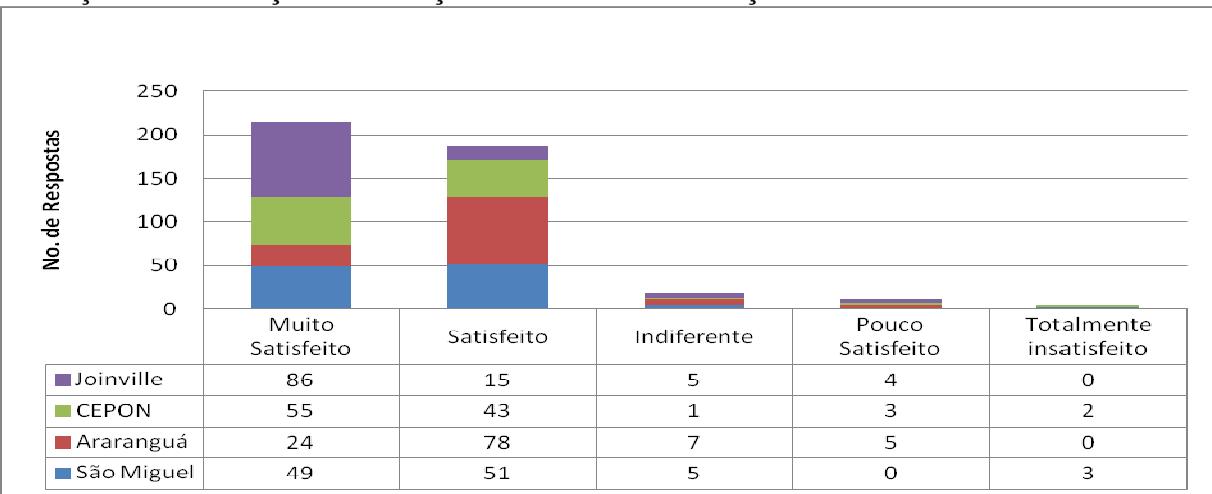


Fonte: Dados primários, 2012.

Este dimensão guarda relação direta com um programa bastante difundido no SUS. Trata-se do Programa Nacional de Humanização – HUMANIZASUS. Em muitos casos, a despeito da técnica necessária em cada situação, muitas vezes o serviço não trata o usuário com a cordialidade merecida. Aqui não é exatamente este o caso, visto que 92,89% dos respondentes estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a cordialidade oferecida nas OSSs.

A questão 5j trata de levantar a satisfação dos respondentes sobre a clareza nas orientações aos pacientes e acompanhantes. Novamente esta dimensão é combinada pela composição de responsividade, empatia e flexibilidade. O gráfico abaixo apresenta os dados coletados junto aos respondentes:

Ilustração 28- Satisfação com relação à clareza nas orientações



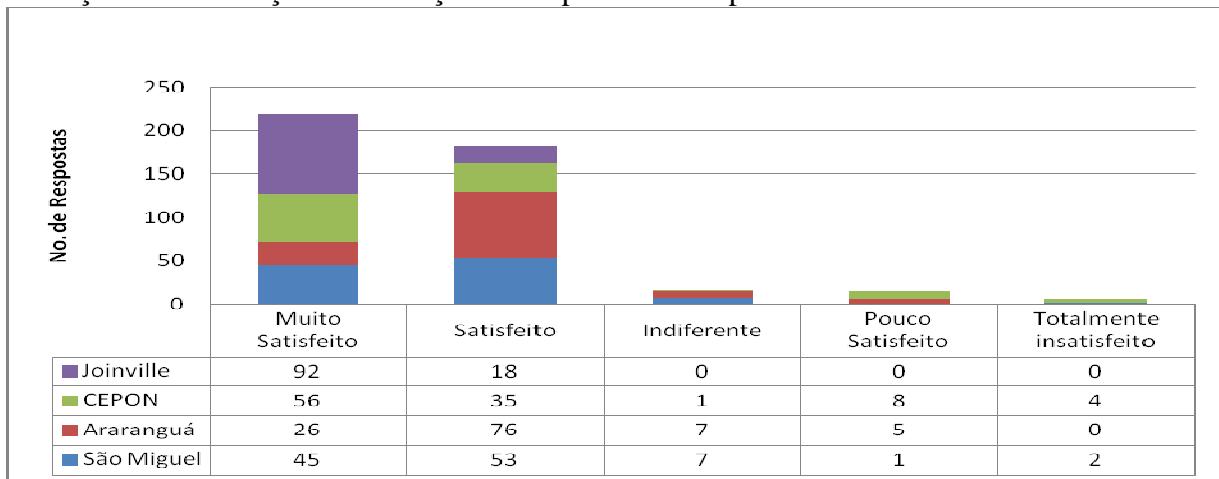
Fonte: Dados primários, 2012.

Os dados coletados apontam para um percentual de 91,97% de respondentes satisfeitos ou muito satisfeitos. Nesta análise, entende-se como muito importante, pois a clareza nas

orientações pode muitas vezes ser a causa do sucesso na colaboração do paciente e de seus familiares na adesão ao tratamento necessário, sobretudo aqueles de maior duração. Além disso, sugerem a atenção individualizada dispensada a cada paciente ou familiar, denotando o cuidado no trato com as pessoas.

A questão 5l refere-se à satisfação dos usuários quanto à competência dos profissionais envolvidos, agora não distinguindo nenhuma categoria profissional. A dimensão de análise diz respeito à combinação de consistência, competência e segurança. O gráfico a seguir representa os dados coletados:

Ilustração 29- Satisfação com relação à competência dos profissionais

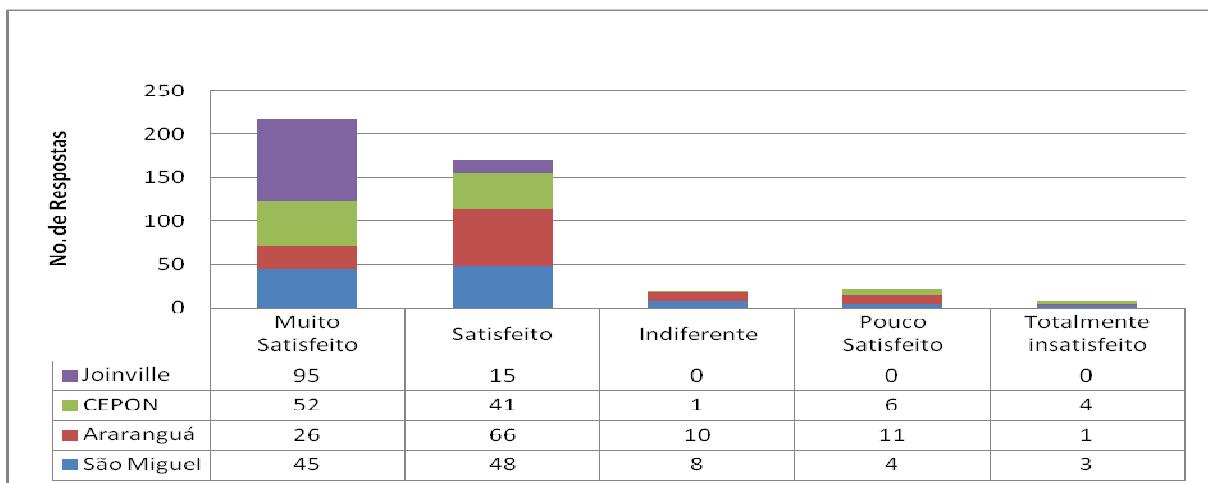


Fonte: Dados primários, 2012.

Os usuários encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos em 91,97% em relação à competência dos múltiplos profissionais envolvidos na operação das OSSs.

A questão 5m aborda a questão específica da humanização do serviço. Agora de maneira direta, pode-se afirmar que a combinação de atendimento/atmosfera, responsividade e empatia resultam a dimensão de análise destes usuários. O gráfico a seguir apresenta estes dados:

Ilustração 30- Satisfação com relação à humanização do serviço



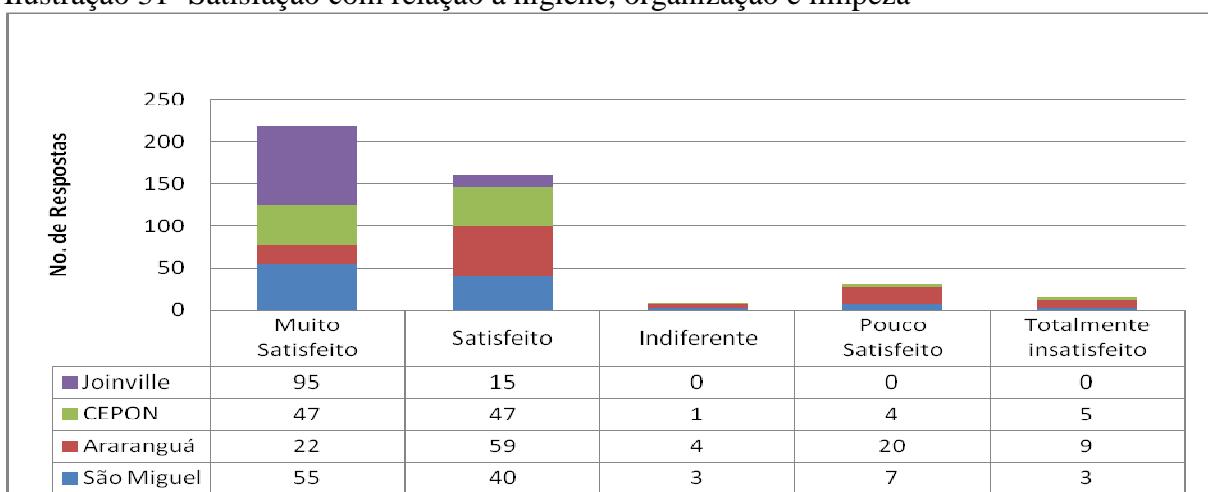
Fonte: Dados primários, 2012.

Como já mencionado, a humanização é uma parte importante do serviço, denota a adesão ao HumanizaSUS e a preocupação que o serviço tem com o paciente e/ou familiar que está em atendimento. Aqui se verificou que 88,99% dos respondentes estão satisfeitos ou muito satisfeitos.

A questão 5n apresenta o último ponto de análise da satisfação do usuário em relação à higiene, organização e limpeza. As dimensões envolvidas neste ponto dizem respeito à combinação da percepção e critérios dos respondentes sobre confiabilidade, segurança, aspectos tangíveis.

O gráfico abaixo apresenta os dados relativos a esta análise:

Ilustração 31- Satisfação com relação à higiene, organização e limpeza



Fonte: dados primários, 2012.

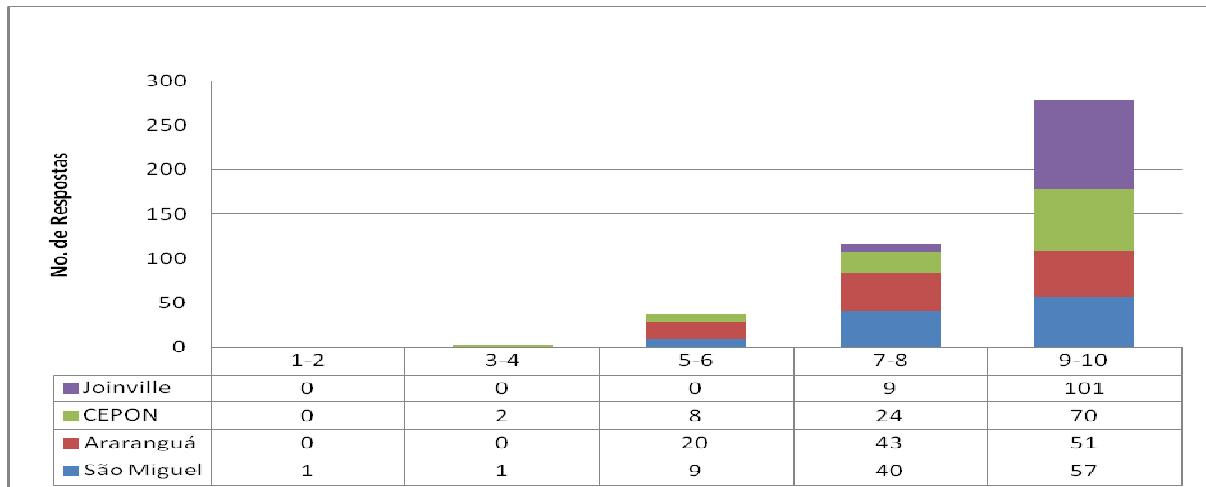
Em se tratando de unidades hospitalares, este é um quesito muito importante. Observou-se aqui uma percentual de satisfeitos e muito satisfeitos da ordem de 87,16%. No

entanto, observou-se uma concentração de respondentes pouco insatisfeitos e totalmente insatisfeitos mais presente em relação ao Hospital Regional de Araranguá com um total de 6,65%, representando um percentual muito alto para apenas uma unidade.

A questão 12 solicitava ao respondente a avaliação geral da OSS, pela atribuição de uma nota média geral que poderia variar de 1 a 10.

Observa-se no gráfico abaixo representa o resultado da distribuição das notas atribuídas a cada uma das OSSs catarinenses participantes desta pesquisa. O resultado geral é positivo, apresentando uma média entre 9 e 10 para 63,99%, entre 7 e 8 para 26,61%, abaixo de 6 para somente 9,41% dos respondentes. O melhor Hospital avaliado foi o Hospital Infantil Jeser Amarante Farias de Joinville, cuja OSS é o Hospital Nossa Senhora das Graças. O segundo com melhor média foi o Hospital do CEPON, administrado pela OSS FAHECE. O terceiro melhor avaliado foi o Hospital Regional de São Miguel D`oeste, gerenciado pela OSS Fundação São Camilo – Peritiba, e por último o Hospital Regional de Araranguá gerido pela OSS Fundação Universidade de Criciúma.

Ilustração 32- Número de respostas por atribuição de nota média



Fonte: Dados primários, 2012.

A conclusão sobre a satisfação dos usuários das unidades terceirizadas por OSS é muito positiva, com alto grau de satisfação e correspondente atribuição de elevadas notas médias às unidades, corroborando a hipótese levantada anteriormente de que o posicionamento dos *stakeholders* do segmento usuário do CES não reflete os anseios e satisfação da população usuária destas unidades.

Não foi objeto desta pesquisa analisar-se comparativamente a satisfação dos usuários entre as unidades administradas diretamente pelo estado e aquelas gerenciadas por OSSs, no

entanto fica evidente que as terceirizadas satisfazem os anseios da população quanto à oferta de serviços de saúde. Sugere-se que se possa realizar este tipo de estudos em futuras pesquisas, assim como identificar os pontos que possam ser melhorados na gestão direta ou mesmo naquela terceirizada.

6 ANÁLISE E SUGESTÕES/CONSIDERAÇÕES PARA OS GESTORES DA SES

Neste item, será desenvolvida análise geral dos dados coletados, em documentos, nas entrevistas e questionários e pela observação do pesquisador. Sugestões estão contidas no texto como indicações aos gestores da área como possível proposta de avanço em relação aos elementos de conflitos entre os *stakeholders*.

Um conjunto importante de conflitos estabelecidos entre os *stakeholders*, principalmente entre aqueles que têm algum alinhamento com o governo e aqueles que não têm, diz respeito à maneira como o governo conduz a *accountability* relativa aos processos de inclusão de novas práticas gerenciais do Estado. Os ensinamentos de Koppell (2005, p. 96) dão conta que se deve pensar *accountability* em pelo menos cinco diferentes dimensões: transparência, responsabilidade, controle, legalidade e responsividade.

Como a participação da sociedade se dá de maneira indireta no SUS, por meio dos conselhos locais, municipais, estaduais e nacional de saúde, além das conferências de saúde, é de fundamental importância haver o retorno das decisões emanadas destas esferas participativas e decisórias para as comunidades. Esta falta de comunicação acaba por romper um elo importante da cadeia, dando menos transparência aos processos desenvolvidos e distanciando as decisões das efetivas necessidades e anseios da sociedade. A transparência fica prejudicada, pois o processo participativo por representação indireta através de conselheiros e/ou delegados só se completa pela devolutiva à sociedade das decisões discutidas e definidas nestas esferas.

Existe, também, a necessidade de melhoria dos instrumentos de publicização dos contratos de gestão e dos seus resultados, para torná-los mais transparentes à sociedade e não somente para aqueles diretamente envolvidos no processo. A disponibilização de todos os elementos que envolvam as relações entre o Estado e as OSSs, desde o edital de chamamento público, até os relatórios das CAFs, deveria estar em portal de livre acesso na internet, para que qualquer cidadão possa avaliar, acompanhar e fiscalizar o contrato. Desta maneira, a partir da interação com os seus representantes, a sociedade poderia ter eco em suas demandas.

Algumas teorias conspiratórias ou de corrupção nascem sem embasamento nenhum, a partir da falácia que existe entre alguns segmentos por não terem participado do processo desde seu início, ou mesmo pela falta de transparência de como foram conduzidos os processos.

Existiu certa falta de habilidade do governo catarinense na condução do processo inicial de construção do modelo de terceirização de unidades públicas de saúde para as OSSs,

visto que as primeiras a serem qualificadas e contratadas pelo Estado já terceirizavam a gestão das unidades em questão. A FAHECE já gerenciava o HEMOSC e o CEPON, assim como a FUCRI já gerenciava o Hospital Regional de Araranguá. A motivação do Estado à época, inclusive com a reformulação das leis e decretos estabelecidos a partir de 2004 em Santa Catarina, sugere apenas uma acomodação de interesses destas instituições e de algumas negociações entre o Estado e os trabalhadores para que dentro deste novo ordenamento jurídico, pudessem permanecer no gerenciamento daquelas unidades.

Isto tudo reforçou ainda mais as teorias conspiratórias mencionadas, evidenciando falta de transparência no processo e indicando que as decisões de gabinete foram legitimadas na ALESC.

Para além da transparência, o segundo ponto importante destacado por Koppell (2005) diz respeito à responsabilidade. Este aspecto a ser considerado representa uma ferida aberta e exposta na sociedade. As instituições e os seus dirigentes deveriam ser responsáveis pelos seus atos e punidos pela prevaricação e condutas ilegais ou antiéticas em relação às suas práticas no exercício de função pública ou a ela correlata. E ainda, as consequências de seus atos deveriam resultar em efeitos benéficos claros, objetivos e mensuráveis à coletividade, como resposta à necessidade da população, destacando da mesma forma aquele caso em que mesmo tendo sido feito com correção, não resultou em nada, pois isto por si só já não é mais suficiente. Em que pese à falta de conhecimento técnico de alguns gestores, principalmente por ocuparem cargos comissionados relacionados aos aspectos políticos e indicações da mesma ordem, muito mais do que à técnica, isto não poderia representar graves e perigosos entraves na gestão pública.

Em relação à terceirização de unidades públicas de saúde para outrem que não seja a administração direta, por OSS ou outro modelo qualquer, representa para alguns a continuidade da transferência de dinheiro público para a iniciativa privada, sem a respectiva contrapartida dos serviços descritos nos contratos de gestão. Em parte isto pode ter sido verdade, já que nos primeiros três contratos de gestão não existem mecanismos de desconto por não cumprimento de metas. Assim, ao que parece, o governo se vê fragilizado nesta questão, pois fica em débito com a sociedade, não tendo de quem cobrar ou mesmo como fazê-lo, nos contratos antigos.

Cabe lembrar que estes contratos estão sendo revistos neste momento, e que os novos, celebrados a partir de 2010, já pressupõem cláusulas específicas que permitem ao Estado aplicar penalidades financeiras a OSSs que não atingirem as metas contratadas. Isto é fruto da evolução e aprendizagem obtida na execução dos contratos anteriores.

O compartilhamento de diferentes modelos de gestão pública, ao mesmo tempo, objeto que será analisado com maior profundidade adiante nestas conclusões, também influenciam a *accountability*, quanto ao aspecto da responsabilidade, visto que aspectos burocráticos relacionados ao excesso de mecanismos de controle dos meios e não dos resultados foram traduzidos em leis, e hoje muitas vezes impedem o avanço em se ter um Estado mais eficiente, controlando mais os meios que os resultados oferecidos à sociedade. Desta maneira, os meios podem estar absolutamente corretos, porém muitas vezes não se chega ao resultado ansiado e necessário à sociedade e, ainda assim, não há como ou a quem responsabilizar.

A terceira dimensão de *accountability* trazida por Koppell (2005) diz respeito aos mecanismos de controle impostos à gestão pública. Segundo ele, existem diferentes visões do que deve ser passível de controle ou como deveria ser feito este controle, mas apesar destas variações, o controle está sempre presente entre as dimensões da *accountability*.

No SUS, o controle é exercido de muitas maneiras. O sistema envolve diferentes entes federativos e, portanto, diferentes órgãos formais de controle então presentes, fiscalizando o executivo estadual em suas ações e gastos. As cortes de contas estadual e federal e seus respectivos Ministérios Públicos, o Ministério Público Estadual e Federal, e a Alesc e o DENASUS são alguns exemplos. No entanto, destaque é dado no SUS à participação da sociedade por meio do Controle Social exercido pelos conselhos de saúde.

A lei 8.142/90 estabeleceu os conselhos de saúde como órgãos colegiados de caráter deliberativo e permanente, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O CES de Santa Catarina foi criado por meio da Lei 9.120 de 18/06/1993, e alterado pelas Leis 10.982 de 15/12/1998 e 13.440 de 15/07/2005, passando a contar com a representação de 32 conselheiros titulares divididos em representantes do Governo (5 vagas), dos profissionais de saúde (8 vagas), dos prestadores de serviços (3 vagas) e dos usuários (16 vagas).

O controle social exercido pelos conselhos de saúde representa um significativo avanço ao trazer a sociedade para participar, acompanhar, fiscalizar e construir as políticas públicas de saúde. No entanto, em alguns casos os conselhos de saúde passaram a ser arenas políticas de interesses particulares, muito mais do que espaços técnicos e democráticos de convivência dos *stakeholders* com objetivos de construir um SUS melhor, ou seja, orientados pelo interesse público, embora considerando os interesses específicos. Estes espaços foram aglutinando grupos de interesses próprios (ou particulares) muito mais que interesses sociais (ou públicos). Estes grupos são mais organizados e articulados e ocupam inclusive os espaços destinados aos usuários no CES, com a participação de vários órgãos de classe e sindicatos

ocupando estes espaços. O próprio conceito de *stakeholder* enseja exatamente estes grupos de interesse próprio muito mais que aqueles relacionados à construção do bem público e comum a todos, o que de certa forma se torna um fator limitante do uso destes conceitos.

Existe uma crise no processo de participação da sociedade, na medida em que esta se concentra em torno das mesmas pessoas, representando as mesmas entidades. Estas pessoas, muitas vezes, estão desarticuladas dos interesses das suas entidades e de suas bases, representando, portanto, a si próprias ao invés dos interesses da coletividade. O trabalho é desvinculado da capacidade técnica e profissional o que, por vezes, leva à desinformação, desarticulação e à falta de competência para o desempenho de tão importante papel. O que acaba contribuindo para gerar certo descrédito em relação aos mecanismos participativos.

Especificamente em relação à terceirização da gestão de unidades de saúde para as OSSs, é necessário que o Estado crie estruturas formais de gerenciamento, controle, avaliação e fiscalização em parceria com o Controle Social e dando total visibilidade a sua ação se quiser evoluir para um Estado mais regulador. Hoje o Controle Social tem dificuldade de exercer este papel, e a insegurança por conta do desconhecimento leva muitas vezes ao posicionamento contrário do CES. Assim, para o modelo de terceirização para as OSSs evoluir é necessário criar um corpo de técnicos na SES em quantidade e com capacidade de atuar em conjunto e com sinergia com o Controle Social, para que se possa avaliar e fiscalizar os contratos de gestão, além de mecanismos de comunicação e diálogo com a população em geral. Algo diretamente relacionado à proposta do Novo Serviço Público, que enfatiza a coprodução de bens e serviços públicos, pela aproximação entre servidores e cidadãos, engajados em torno da definição das políticas e da própria execução dos serviços, bem como de seu monitoramento e avaliação, ao longo do processo.

Embora o CES tenha garantido a sua participação nas CAFs, na maioria das vezes os conselheiros não comparecem, pois a partir do posicionamento contrário do conselho à terceirização, seu receio é legitimar este processo. Desta maneira, a omissão se torna pior ainda, pois o CES perde a oportunidade de fiscalizar, questionar, acompanhar ou buscar informações para entender melhor e possivelmente melhorar seu posicionamento pelo relato dos que participaram.

Alguns *stakeholders* do CES alegam que a falta de capacidade técnica dos conselheiros em analisar relatórios financeiros e contábeis, ou mesmo de gestão, conduzem suas atitudes no sentido de não exercer controle algum, com suas ações motivadas por influências de alguns grupos que, em bloco, caminham na direção de dois extremos: ou aprovam tudo (por não quererem se incomodar) ou rejeitam tudo (pela insegurança gerada ou

posicionamento político-ideológico contrário). Seria necessária a tradução dos relatórios em uma linguagem mais simples, e/ou a seleção de coparticipantes que pudessem exercer estes papéis, quer individualmente quer institucionalmente.

O envolvimento da sociedade no processo decisório, e por meio de referendos diretos, redes e observatórios sociais, diferentes aplicativos e mecanismos de comparação, controle e de coprodução da informação, representam um passo necessário para a evolução do SUS.

A quarta dimensão de Koppell (2005) em relação à *accountability* diz respeito à legalidade dos atos na execução das atividades públicas pelos burocratas envolvidos no processo de gestão. Embora existam algumas controvérsias relacionadas às diferentes interpretações, e algumas demandas judiciais por conta disso, nada é ainda conclusivo acerca da possibilidade da terceirização do gerenciamento das unidades públicas de saúde. Ainda em caminho jurídicos sinuosos a palavra final será dada em algum tempo, ainda sem prazo, pelo Superior Tribunal Federal em ações que por lá já transitam.

Boa parte das discussões neste sentido diz respeito à participação das organizações privadas no gerenciamento do patrimônio público. Alguns *stakeholders* renegam a possibilidade da presença de organizações privadas no fornecimento assistencial de saúde à população. Nestes casos, citam a Constituição ou o conteúdo das leis orgânicas do SUS, tratando a ideia de atenção complementar trazida na Carta Magna e atribuída à iniciativa privada, como sendo menor parcela ou pequena parcela. O conceito de complemento, segundo Ferreira (1987), em seu famoso dicionário Aurélio, é a “parte que se junta (ou falta) a outra, para esta formar um todo completo”. Assim, nos parece perfeitamente possível que complementar ao atendimento público possa ser qualquer quantidade de serviço que faça o atendimento integral ao cidadão, dentro inclusive dos princípios estabelecidos para o próprio SUS, não apenas pela etimologia da palavra, mas pela ideia em si.

É necessário evoluir, buscar um aprendizado nestes 22 anos de SUS e admitir que para construir um SUS forte é necessário constituir uma parceria ainda maior com as organizações privadas e com a população em geral, estabelecendo limites claros de participação e atuação entre o público e o privado, com complementaridade. Naturalmente, a falta de limites entre o público e o privado acaba por conturbar o avanço da terceirização da gestão de unidades de saúde por meio das OSSs.

O governo catarinense entende que o modelo é perfeitamente legal, pois a Constituição de 1988 admite a participação complementar da iniciativa privada na área da saúde, além de existirem leis ordinárias tanto em nível federal como em nível estadual que definam seu *modus operandi*.

Outro questionamento presente na fala de alguns *stakeholders* quanto à dimensão da legalidade diz respeito à liberdade que as OSSs têm em contratar funcionários e comprar materiais e serviços em detrimento dos mecanismos legais e formais para as mesmas atividades em relação à administração direta das unidades de saúde. Ainda neste quesito, não existe qualquer ilegalidade, embora possa pairar dúvida sobre a possível “burla” às normas e dispositivos legais impostos a gestão pública. A este respeito é importante destacar que as OSSs devem publicizar em seu site na internet seus regulamentos de compras e contratação de pessoal e que embora não estejam sujeitas estritamente às normativas legais da administração pública, é recomendável que busquem cumprir os princípios constitucionais da moralidade, da impessoalidade, da publicidade e da eficiência.

A última dimensão descrita por Koppell (2005) trata da questão da responsividade, ou seja, da capacidade que os governantes eleitos têm de tornar suas ações mais efetivas na busca de atender às necessidades ou expectativas da população.

Esta dimensão é central no entendimento da proposição do plano de governo registrado no TRE, quando do processo eleitoral que acabou por conduzir os atuais governantes de Santa Catarina à vitória nas urnas em 2010. Com a flexibilização e agilidade da gestão proporcionada pela terceirização do gerenciamento das unidades públicas de saúde para as OSSs, como mecanismo legal de escape dos limites impostos pela cobertura da Lei de Responsabilidade Fiscal na contratação do pessoal pelas OSSs, redução dos custos, e possibilidades de melhoria do acesso e qualidade aos serviços públicos de saúde, o modelo viabiliza uma maior prestação de serviços públicos à população e melhora da responsividade do gestor estadual nessa área.

Alguns *stakeholders* não querem separar o papel do Estado como atrelado a definições, planejamento e regulador do SUS daquele executor direto das ações assistenciais em saúde.

A degradação da atividade pública direta é considerada por alguns *stakeholders* como fruto da incapacidade do Estado de evoluir na mesma velocidade em que a sociedade evolui nos dias atuais. Para outros, é fruto de uma arquitetura planejada para entregar aos interesses privados os domínios da gestão pública. Provavelmente seja uma mistura das duas situações.

Não se pode desconsiderar o ambiente político atrelado ao ambiente público, mas há um equívoco em comparar as unidades gerenciadas pela administração direta com aquelas por OSSs. Não são dadas as mesmas condições para elas em termos de recursos, autonomia e flexibilidade, fazendo com que esta comparação seja injusta e gere conflitos de natureza muito mais política do que técnica. No entanto, alguns indicadores devem ser buscados para

que estes sim possam gerar a segurança necessária ao gestor e a sociedade em fazer a sua opção por um ou outro modelo.

Não só na ótica da responsividade, a opinião do governo como um dos principais *stakeholders* é de fazer mais, fazer melhor, a um menor custo e mais rápido. Assim, muda o paradigma pela tentativa em reformar a estrutura e o funcionamento do Estado, objetivando ao mesmo tempo racionalidade, efetividade nos resultados, participação da sociedade e *accountability*.

Em relação às perspectivas apresentadas trazidas pelas cinco dimensões da *accountability* no modelo de Koppell (2005), apresenta-se no quadro 4 algumas constatações de como hoje são desenvolvidas algumas atividades e como rapidamente poderiam ser melhoradas através da implementação de outras ações simples e complementares de alto impacto e baixo custo:

Ilustração 33- Constatações e Sugestões de *Accountability* na Terceirização da Saúde Catarinense

DIMENSÕES	COMO É HOJE	SUGESTÃO NOVAS AÇÕES
TRANSPARÊNCIA	Metas e resultados estabelecidos pela SES;	Metas e resultados estabelecidos pela SES contemplando os planos de saúde estabelecidos pelos Conselhos de Saúde;
	Contratos e relatórios das CAFs muito restritos aos participantes do processo;	Publicização ampla na internet dos contratos e relatórios das CAFs;
	Convite aos Conselhos de Saúde para participarem das CAFs;	Estimular a participação da sociedade publicizando às reuniões das CAFs, com o chamamento público dos Conselhos e órgãos de controle e sociedade em geral;
RESPONSABILIDADE	Contratos iniciais não contemplam penalidades pelo não cumprimento de metas;	Reformulação dos contratos antigos, estipulando responsabilidades e penalidades pelo descumprimento contratual;
	O Conselho é apenas convidado a participar;	Reforçar o Controle Social pelo estímulo a sua participação, inclusive com a formação de conselhos locais de saúde na própria unidade terceirizada;
	A discussão se dá apenas com o representante da entidade que compõe o CES;	Discussão ampla do assunto com as entidades pela promoção de fóruns de debates e definição da opinião da entidade como um todo e não somente de seu representante;
ACCOUNTABILITY	Análises baseadas no conhecimento individual de cada conselheiro, ou dos órgãos de controle sem a intercomunicação entre eles;	Criação de grupos técnicos de assessoramento ao Controle Social em parceria com os órgãos de controle e fóruns temáticos de construção coletiva com participação de técnicos e profissionais de cada tema;

LEGALIDADE	Conflitos pela confusão entre privatização e terceirização;	Promoção de fóruns públicos de debates entre juristas e estudiosos do tema com a participação da sociedade e seus representantes;
	Tramitam questionamentos jurídicos no STF;	Trazer para o debate nacional as questões de legalidade do modelo e estimular o STF a definir súmula em tramitação desde 1998;
RESPONSIVIDADE	Falta de indicadores e modelos de comparação entre os diferentes modelos de gestão;	Criação e uso de indicadores e modelos comparativos, objetivando ao gestor a busca por fazer mais, melhor, mais rápido, mais eficaz e a um menor custo;
	Cobrança técnica e política do gestor por não conformidades ao processo.	Interação e construção coletiva de instrumentos de acompanhamento da gestão e correção de eventuais desvios de rumo a fim de beneficiar a população com o alcance dos resultados esperados.

Fonte: Adaptado de Koppell, 2005; Autor, 2012.

No SUS, assim como em outras áreas da administração pública, não existe um modelo único de gestão. Encontram-se convivendo simultaneamente características da Administração Pública Tradicional, da Nova Gestão Pública e do Novo Serviço Público, sendo encontradas desde práticas pré-burocráticas, como o clientelismo e o patrimonialismo, até gestão por metas e resultados e com intensa participação cidadã (FARAH, 2001; SALM; MENEGASSO, 2009).

Não existe um modelo puro, único ou isolado de administração pública, assim como não existe uma sociedade homogênea. As novas propostas e os novos modelos que estão surgindo vão acompanhando a evolução da sociedade e não acontecem de maneira igual em toda administração pública. Desta maneira, não podem ser analisados e criticados isoladamente ou de forma homogênea. É necessário entender o contexto, e as múltiplas facetas do ambiente social, de sua realidade, do indivíduo e do coletivo cada qual com suas nuances, necessidades e exigências (SALM; MENEGASSO, 2009).

Assim, existem *stakeholders* que, pela desinformação, confundem OSS com entidades filantrópicas, ou terceirização com privatização, existem outros que não entendem que no modelo de terceirização da gestão para as OSS, o papel do Estado será mais regulador e menos executor de assistência à saúde, e nem por isto ela deixou de ser pública. Simples constatação de que a falta de convencimento, de dados, de educação e do reconhecimento de outras possibilidades fazem parte do jogo político. Desta maneira evidencia-se a existência um posicionamento político-ideológico, muitas vezes inseparável do aspecto técnico, que influencia as opiniões dos *stakeholders*. Em muitos casos, as opiniões pessoais se sobrepõem

às opiniões das entidades ou segmentos que se fazem representar nos conselhos, e não existe comunicação das discussões feitas naqueles espaços com as bases, o que se torna uma maneira de concentrar o poder em torno do indivíduo e não da entidade a qual ele representa.

Para alguns *stakeholders*, a reforma do Estado atropelou e impediu a implementação plena e integral das propostas trazidas ao SUS pela reforma sanitária. Outros entendem que a coexistência com diferentes modelos é salutar e só quem ganha com isto é a população. Trazendo as melhores experiências de cada modelo pode-se evoluir dentro de uma espiral do conhecimento e aprendizagem. Aparecem divergências enormes a respeito do SUS, entre o que ele é e o que deveria ser, entre o SUS dos sonhos e da utopia e o SUS real com todos os seus problemas e desafios. Mesmo assim, existe quase que uma unanimidade entre os *stakeholders* de que o SUS, embora tenha muito que evoluir, é um dos melhores sistemas públicos do mundo. Da mesma maneira, existe também a afirmativa de que é preciso melhorar a questão do subfinanciamento federal, e da gestão. O ponto mais destacado como positivo do SUS foi à universalização do atendimento.

Uma crítica forte e grave aparece em destaque na fala de alguns *stakeholders*, que vai muito além da implantação de novos modelos de gestão pública. Trata-se da contaminação do público por interesses privados, traduzidos por corrupção e práticas danosas à sociedade, que de maneira espúria utilizam práticas de mercado com o objetivo de gerar lucro a qualquer preço. Estas práticas nas falas de alguns são ainda mais presentes nas unidades públicas de administração direta do que no mundo privado das OSSs, exigindo mais e melhores ações de *accountability* independente do modelo de gestão pública ou de governança.

A utopia de um SUS somente público, sem a participação complementar da atividade privada está muito longe da realidade, embora esteja presente no imaginário de alguns dos *stakeholders*. A pesquisa e a produção de medicamentos, materiais especiais, órteses, próteses, materiais de sínteses, entre outros estão ligados muito mais ao mundo privado do que ao público, ainda mais no Brasil, com valores ínfimos aplicados em pesquisa e desenvolvimento. Não obstante ao seu custo e ao mercado que se formou por conta disto tudo, é a iniciativa privada, com financiamento público das aquisições do SUS, que contribuiu de maneira significativa com o aumento da idade e da qualidade de vida de milhares de brasileiros.

A complementaridade dos modelos de gestão de unidades públicas de saúde quer gerenciadas diretamente pelo Estado, quer gerenciadas por terceirização através das OSSs, sugerem ao SUS a aderência a um modelo de coprodução no qual as diversas instâncias e organizações da sociedade possam articular-se técnica, econômica e politicamente, a fim de

buscar de maneira conjunta e participativa as melhores maneiras de produzirem o bem público.

Os usuários se importam muito mais com a garantia de acesso e a qualidade do serviço oferecido do que com o modelo de gestão em si. Eles estão muito satisfeitos com os serviços prestados pelas OSSs, atribuindo a elas nota entre 7 e 10 em 90,61% dos casos. Em relação à efetividade dos serviços utilizados das OSSs catarinenses, 85,33% afirmaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos, fazendo crer que é perfeitamente possível uma convivência de ambos os modelos para o aperfeiçoamento do SUS pela introdução de novas práticas gerencialistas.

A questão central e relevante é manter o ser humano como foco da administração pública, seja qual for o modelo ou o conjunto de modelos que venha a ser buscado.

Naturalmente, existe a necessidade de definições a serem incluídas nos contratos de gestão com as OSSs que fazem parte do processo evolutivo e de aprendizagem que o Estado de Santa Catarina passou até chegar a este momento em que se completarão cinco anos desde o seu primeiro contrato com uma OSS. A esse respeito, muito aqui já foi dito, mas pontualmente é importante dar destaque a alguns aspectos que são fundamentais, que apareceram nas sugestões dos entrevistados ou mesmo são fruto da observação deste pesquisador e que podem contribuir para o aperfeiçoamento e aprofundamento do modelo, de sua continuidade e *accountability*:

- Publicar no portal de internet da OSS e da SES cada contrato de gestão na íntegra;
- Publicar no portal de internet da OSS e da SES os relatórios das CAFs na sua íntegra;
- Fazer consulta pública para ajudar na definição da renovação das metas contratuais, disponibilizando por meio da SES relatório contendo elementos oriundos da consulta e outros suficientes e necessários para o planejamento e gerenciamentos dos serviços oferecidos por meio das OSSs;
- Encaminhar ao MPE, MPF, TCU, TCE, comissão de saúde da ALESC, DENASUS, GEAUD e ao Controle Social estadual e municipal relatório detalhado das atividades realizadas, das movimentações financeiras, dos custos envolvidos e de pesquisa de satisfação realizada por empresa idônea e independente junto aos usuários;
- Aplicar penalidades pecuniárias aos gestores das OSS e a elas próprias pelo não cumprimento de metas, assim como premiá-los em caso de metas excedentes que refletem boa gestão dos recursos públicos;

- Estabelecer a obrigatoriedade de remuneração variável aos funcionários, premiando as melhorias de performances individuais e coletivas das OSS;
- Melhorar os sistemas de acompanhamento e controle de metas versus resultados, padronizando a utilização de *software* específico contendo todas as informações quantitativas e qualitativas do contrato e publicizar semestralmente os relatórios no portal de internet da SES e das OSSs;
- As OSSs deverão possuir serviço de ouvidoria própria, integrado a gestão da ouvidoria do SUS, gerando relatórios periódicos, e encaminhando-os aos órgãos de controle já mencionados; e
- Oferecer a SES, bem como aos órgãos de controle acima mencionados, o planejamento e cronograma detalhado para o tratamento de não-conformidades apontadas pelas CAFs;

Em paralelo a estas questões a serem formalizadas, deveriam ser reformuladas as CAFs, para que delas possam participar todos os órgãos de controle acima mencionados, além dos técnicos da própria SES, e da OSS contratada, e representantes locais da sociedade, para que juntos possam, na lógica da coprodução de bens e serviços públicos e de aperfeiçoamento contínuo, avançarem conjuntamente nos mecanismos de acompanhamento e gestão dos contratos.

A reforma proposta não se trata de reduzir o tamanho do Estado, como alguns *stakeholders* sugeriram. Pelo contrário, trata de ampliar de maneira legal a oferta e a qualidade dos serviços prestados com o dispêndio de mais recursos, quer sob o formato de custeio ou investimento, para ofertar à população aquilo que é seu por direito. Embora o processo tenha ganho uma outra dimensão a partir do MARE em 1995, a reforma do Estado é contínua, assim como a evolução da própria sociedade.

Uma mistura entre os diversos modelos de gestão pública, que envolvam elementos da administração pública tradicional, da nova gestão pública e do novo serviço público podem ajudar a construir o SUS e redirecioná-lo no caminho de uma sociedade em constante mudança, pelo controle dos meios, racionalização dos resultados e envolvimento participativo da sociedade. Uma lógica em que o coletivo dos *stakeholders* possam coproduzir um Sistema Único de Saúde em prol da sociedade brasileira, e não em prol de grupos de interesses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral de identificar os diferentes posicionamentos dos *stakeholders* sobre a gestão de unidades públicas de saúde por meio de Organizações Sociais no Estado de Santa Catarina, assim como os específicos necessários ao seu alcance foram amplamente debatidos ao longo de sua execução e da formulação do presente relatório. Para além deste objetivo geral, este estudo possibilitou um melhor entendimento sobre os diferentes modelos de gestão pública, sua esfera de possibilidades múltiplas pela complexidade envolvida na convivência simultânea dos vários modelos, ensejando a própria complexidade do homem como ser social.

Foram caracterizadas as Organizações Sociais de Saúde em funcionamento no Estado de Santa Catarina, por meio da análise de seis contratos de gestão, destacando suas nuances, metas e produção no ano de 2011, como meio para diferenciar as suas operações, evolução de seus contratos, e os vários mecanismos de gestão a eles atrelados.

Da mesma maneira, foram identificados e classificados os principais *stakeholders* do Sistema Único de Saúde catarinense, notadamente aqueles relativos ao seu posicionamento quanto à questão da terceirização de unidades públicas de saúde para as OSSs. O trabalho não abordou o desenvolvimento de uma estratégia de relacionamento com estes *stakeholders*, baseada na sua tipificação e classificação, pois isto foge ao escopo desta pesquisa. No entanto, recomenda-se para estudos futuros que esta estratégia possa ser desenvolvida como meio de se alcançar maior motivação, envolvimento da participação da sociedade e diminuição dos conflitos entre a SES e os stakeholders do SUS.

Foi igualmente desenvolvida uma avaliação da percepção dos usuários clientes sobre a qualidade do serviço prestado pelas OSSs catarinenses foi realizada por estudo quantitativo cujo principal objetivo foi identificar a satisfação destes usuários, trazendo indicadores e dimensões comuns às pesquisas mercadológicas do gênero.

Vários parâmetros necessários a serem considerados aos contratos de gestão entre as OSS catarinenses e a Secretaria de Estado da Saúde foram propostos, baseados na visão dos *stakeholders*, na busca contínua por eficiência, efetividade e *accountability*, permitindo o oferecimento de análises, sugestões e recomendações aos gestores e demais *stakeholders* envolvidos diretamente com a discussão dos modelos de gerenciamento de unidades de saúde no SUS.

O entendimento da convivência das múltiplas agendas e modelos de gestão pública deve representar avanços importantes para o SUS, pela inserção destes novos elementos dentro de um processo de aperfeiçoamento contínuo e complexo tão presente nas demandas

sociais. Não existe possibilidade de sucesso do SUS se o sistema ficar estacionado em conceitos que foram importantes no contexto da reforma sanitária, porém mostram-se ultrapassados nos dias de hoje. É preciso avançar e evoluir.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. M. G. de. Implantando a humanização na SES. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, n. 36, ago. 2005.
- ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 01, p. 67-74, 2007. Edição Comemorativa.
- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, jan. 1999.
- ALMEIDA, K. S. de. Organizações sociais: (des)controle social e restrições ao direito à saúde. **Revista Serviço Social**, Brasília, n. 15, p. 115-140, jul./dez. 2004.
- ALMEIDA, M. H. T. Negociando a reforma: a privatização de empresas públicas no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 421-451, 1999.
- ANDRADE, M. L. B. **Organizações sociais na área de saúde**: atores e interesses no processo de qualificação na Bahia. 2008. 126 f. (Dissertação - Mestrado em Administração), NPGA - UFBA. Salvador.
- ANDRADE, Lédio R. de; ANDRADE, Léo R. de. Combate à corrupção e imagem institucional. In: CARLIN, V. I. (Org.). **Grandes temas de direito administrativo: homenagem ao professor Paulo Henrique Blasi**. Florianópolis: Conceito Editorial; Millennium Editora, 2009. p. 467 – 485.
- ASHLEY, P. A. **Ética e responsabilidade social nos negócios**. São Paulo: Saraiva, 2002.
- BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V. Organizações sociais de saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo. In: CONASS. **Nota Técnica nº 17**: as organizações sociais como alternativa de gerência para estabelecimentos públicos de saúde. Brasília: CONASS, 2006. p. 36-56.
- BEHN, R. D. O novo paradigma da gestão pública e a busca da accountability democrática. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 49, n. 4, p. 5-45, out./dez. 1998.
- BERRY, L. L. **Serviços de satisfação máxima**: guia prático de ação. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
- BOBBIO, N. *et al.* **Dicionário de Política**. 5. ed. Brasília: UNB, 2000.
- BOBBIO, N. **Estado, gobierno y sociedad**: por una teoría general de la política. 5. ed. México: Fondo de Cultura Económica, 2002.
- BORINS, S. The new public management is here to stay. **Canadian Public Administration**, [s.l],v. 38, n. 1, p. 122-132, spring, 1995.

BOWDITCH, J. I.; BUONO, A. F. **Elementos de comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira, 1992.

BUSS, P. M. A IX Conferência Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 297-300, 1991.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. **Lei Federal 8.080** de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei Federal 8.142** de 28/12/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde/DATASUS. **Princípios do SUS**. Disponível em: <<http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/principios.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. 34 ANAP. **Anais...** São Paulo, 1998.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; GRAU, N. Entre o Estado e o mercado: o público não estatal. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; GRAU, N. (Orgs.). **O público não estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: FGV/CLAP, 1999. p. 15-48.

BRUGHA, R.; VARVASOVSKY, Z. Stakeholder Analysis: a review. **Health Policy and Planning**, [s.l.], ano 15, n. 3, p. 239-246, 2000.

CAF – COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO COM AS OSS. **Relatórios e documentos da comissão**. Florianópolis: SES/SC, 2012.

CALIPO, Sylvia Maria. **Saúde, Estado e ética, NOB/96 e lei das organizações sociais**: a privatização da instituição pública na saúde? 2002. 141 f. (Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da USP). São Paulo.

CARNEIRO JR., N.; ELIAS, P. E. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 201-226, mar./abr. 2003.

CARNOY, M. **Estado e teoria política**. 2. ed. Campinas: Papirus, 1988.

CARVALHO, G.; SANTOS, L. **Sistema único de saúde**: comentários à lei orgânica da saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A.; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CES – CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Atas do CES.** Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=63>. Acesso em: 16 fev. 2012a.

_____. **Resoluções do CES.** Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=64>. Acesso em: 16 fev. 2012b.

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Emenda Constitucional nº 29:** um avanço significativo para o setor saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/ec29.htm>. Acesso em: 16 fev. 2012.

COHN, A. Notas sobre o Estado, políticas públicas e saúde. In: GERSCHMANN, S.; VIANNA, M. L. W. (Orgs.). **A miragem da pós modernidade:** democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio da Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 101-113.

COMPARATO, F. K. A nova cidadania. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 28/29, p.85-106, 1992.

CONASS. **Nota Técnica nº 17:** as organizações sociais como alternativa de gerência para estabelecimentos públicos de saúde. Brasília: CONASS, ago. 2006.

COSTA, N. R.; MELO, M. A. C. reforma do Estado e as mudanças organizacionais no setor saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 52-67, 1998.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. **Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social.** Rio de Janeiro: MS/World Bank/FIOCRUZ, 2005.

DENCKER, Ada de Freitas Maneti. **Métodos e técnicas de pesquisa em turismo.** 4. ed. São Paulo: Futura, 2000.

DENHARDT, R. B.; DENHARDT, J. V. The New Public Service: serving rather than steering. **Public Administration Review**, [s.l.], v. 60, n. 6, p.549-559, nov./dec. 2000.

DINIZ, E. Governabilidade, democracia e reforma do Estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil do anos 90. In: DINIZ, E.; AZEVEDO, S. (Orgs.). **Reforma do Estado e democracia no Brasil:** dilemmas e perspectives. Brasília: UNB, 1997. p.19-53.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo.** São Paulo: Atlas, 1997.

ELIAS, P. E. M. PAS: um perfil neoliberal de gestão de sistema público de saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 125-137, 1999.

FARAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n.1, p. 119-44, jan./fev. 2001.

FARIA, A.; SAUERBRONN, F. F. A responsabilidade social é uma questão de estratégia? uma abordagem crítica. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 07-33, jan./fev. 2008.

- FERLIE, E. et al. **A nova administração pública em ação**. Brasília: UNB, 1999.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2. ed. Fronteira, 1987.
- FLEURY, S. **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.
- FREEMAN, R. E.; REED, D. L. Stockholders and stakeholders: a new perspective on corporate governance. **California Management Review**, Berkeley, ano 25, n. 3, p.93-94, 1983.
- FREEMAN, R. E. **Strategic management**: a stakeholder approach. Massachusetts: Sage, 1984.
- GAMBOA, S. A. S. **Epistemologia da pesquisa em educação**: estruturas lógicas e tendências metodológicas. 1987. (Tese de Doutorado – Doutorado da UNICAMP). Campinas.
- GIANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. **Administração estratégica de serviços**: operações para satisfação do cliente. São Paulo: Atlas, 1994.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- GODOY, Arilda S. Introdução à pesquisa qualitativa. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 58, 1995.
- GOMES, E. G. M. **Gestão por resultados e eficiência na administração pública**: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais. 2009. 183 f. (Tese de Doutorado – Curso de Doutorado em Administração Pública e Governo - EAESP/FGV). São Paulo.
- GRAU, N. C. La Responsabilizacion em la nueva gestión pública latinoamericana. **CLAD; BID; EUDEBA**, Buenos Aires, 2000. p. 269-327.
- GUIMARÃES, M. C. L. **Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios**: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais. 2000. (Tese de Doutorado – Escola de Administração - UFBA). Salvador.
- IBAÑEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.
- KETTL, D. F. A. A Revolução global: reforma administração do setor público. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.
- KISSLER, L.; HEIDEMANN, F. G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 479-99, maio/jun. 2006.

KOPPELL, J. G. S. Pathologies of accountability: ICANN and the challenge of multiple accountabilities disorder. **Public Administration Review**, [s.l.], v. 65, n. 1, p. 94-108, jan./feb. 2005.

LIMA JR., O. B. **Instituições políticas democráticas**: o segredo da legitimidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

LOVELOCK, C.; WIRTZ, J. **Marketing de serviços**: pessoas, tecnologia e resultados. 5. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

MAARSE, H. The privatization of health Care in europe: na eight-country analysis. **Journal of Health Politics. Policy and Law**, [s.l.], v. 31, n. 5, p. 981-1014, 2006.

MAGAJEWSKI, F. R. L. **Seletividade estrutural e a construção do sistema único de saúde em Santa Catarina no período 1987 – 1990**. 1994. 238 f. (Dissertação de Mestrado – Curso de Pós Graduação em Administração - UFSC). Florianópolis.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MITCHELL, R. K.; AGLE, B. R.; WOOD, D. J. Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. **Academy of Management Review**, [s.l.], v. 22, n. 4, p. 853-886, 1997.

MODESTO, P. E. G. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. In: CONASS. **Nota Técnica nº 17**: as organizações sociais como alternativa de gerência para estabelecimentos públicos de saúde. Brasília: CONASS, 2006. p. 11-35.

MORAES, M. F. de. **Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro**: o caso Clínica São Vicente. 2005. (Dissertação de Mestrado - FIOCRUZ). Rio de Janeiro.

MORAIS, A. C. et al. Relacionamento com stakeholders como elemento para o planejamento estratégico de um órgão gestor de transportes urbanos: um estudo de caso no Distrito Federal. 21º Congresso de Pesquisa e Ensino em Transportes/ANPET. **Anais...** Rio de Janeiro, 2007.

MOREIRA NETO, D. F. **Curso de direito administrativo**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1989.

NAKAGAWA, M. Accountability: a razão de ser da contabilidade. **Revista de Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 18, n. 44, São Paulo, maio/ago. 2007.

OLIVEIRA, I. de L.; DE PAULA, M. A. Componentes da comunicação estratégica: uma reflexão sobre a articulação entre os aspectos teórico-conceituais e práticos. 29º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação INTERCOM – UNB. **Anais...** Brasília, 2006.

PACHECO, R. S. Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. **IX Congresso Internacional do CLAD**, Madri, 2004.

PAIM, J. S. O que é reforma sanitária. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, ano 12, n. 2, p. 232-243, 1987.

PENTEADO FILHO, P. de A. Desafios e oportunidades da reforma do Estado no Brasil: a questão das organizações sociais. **Organização & Sociedade**, Salvador, v. 5, n. 11, p.153-168, jan./abr. 1998.

PINTO, E. G. Organizações sociais e reforma do Estado no Brasil: riscos e desafios nesta forma de institucionalizar a parceria estado-sociedade organizada. 14º Concurso de Ensayos del CLAD – Administración Pública y Ciudadanía Anales... Caracas, 2000.

PINTO, I. C. M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental**: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia. 2004. (Tese de Doutorado – Escola de Administração - UFBA). Salvador.

POLLITT, C.; BOUCKAERT, G. Avaliando reformas da gestão pública: uma perspectiva internacional. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 5-29, jul./set. 2002.

PRELL, C.; HUBACEK, K.; REED, M. Stakeholder analysis and social network analysis in natural resource management. **Society & Natural Resources**, [s.l.], v. 22, n. 6, p. 501-518, jul. 2009.

ROCHA, A. C. Accountability na administração pública: modelos teóricos e abordagens. **Contabilidade, Gestão e Governança**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 82-97, maio/ago. 2011.

ROWLEY, T. Moving beyond dyadic ties: a network theory of *stakeholders* influences. **Academy of Management Review**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.887-910, 1997.

SALM, J. F.; MENEGASSO, M. E. Os modelos de administração pública como estratégias complementares para a coprodução do bem público. **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, v. 11, n. 25, p. 97-120, set./dez. 2009.

SANO, H. **Nova gestão pública e accountability**: o caso das organizações sociais paulistas. 2003. (Dissertação de Mestrado - FGV/EAESP). São Paulo.

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

SANTOS, B. S. Reinventar a democracia: entre o pré contratualismo e o pós contratualismo. In: OLIVEIRA, F.; PAOL, M. C. **Os sentidos da democracia**: políticas do dissenso e hegemonia global. Petrópolis: Vozes, 1999a. p. 83-129.

_____. Para uma reinvenção solidária e participativa do Estado. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J.; SOLA L. (Orgs.). **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo: UNESP, 1999b. p. 1-17.

SAVOIE, D. J. What is wrong with the new public management. **Canadian Public Administration**, [s.l.], v. 38, n. 1, p. 112-121, Spring 1995.

SEABRA, Giovanni de Farias. **Pesquisa científica**: o método em questão. Brasília: UnB, 2001.

SCHOMMER, P. C. Gestão pública no Brasil: notícias do teatro de operações. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 102-107, out./dez. 2003.

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-69, mar./abr. 2009.

SANTA CATARINA – Secretaria de Estado da Saúde. **Organizações sociais**: saiba mais. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=636&Itemid=385#programa estadual de incentivo>. Acesso em: 21 jan. 2012.

_____. **Lei Estadual 12.929** de 04/02/2004. Institui o Programa Estadual de Incentivo as Organizações Sociais e estabelece outras providências.

SOUZA, C.; CARVALHO, I. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 48, p. 187-212, dez. 1999.

SOUZA, A. L. Organizações sociais de saúde: uma discussão preliminar sobre o conceito de publicização. VIº Encontro Nacional de Estudos do Trabalho - ABET. **Anais...** Belo Horizonte, 1999.

TABORDA, W. Organizações sociais de saúde de São Paulo: fundamentos, evolução e resultados. In: **8º Congresso Catarinense de Municípios da FECAN**. Florianópolis, 2010. Disponível em: <<http://epmjunior.files.wordpress.com/2011/06/oss-fc3b3rum.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2012.

_____. Organizações sociais de saúde: cenário atual no Brasil. In: **SECONCI - Visita de Executivos Sul-americanos**. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.seconci-sp.org.br/arquivos_dados/arq_upload/mmidia-id-102.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2012.

VARGAS, A. Anotações sobre o contrato de gestão. **Debates GV Saúde**, São Paulo, v. 1, 2006. 1º semestre.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J. **Marketing de serviços**: a empresa com foco no cliente. 2. ed. São Paulo: Bookman, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PRELIMINAR PARA IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS STAKEHOLDERS

Gostaria de contar com suas respostas às quatro questões a seguir, a fim de subsidiar uma pesquisa sobre a gestão dos hospitais públicos catarinenses por meio de Organizações Sociais de Saúde - OSS no âmbito do Mestrado em Administração pela UDESC/ESAG. Maiores informações sobre esta pesquisa poderão ser obtidas por e-mail direcionadas ao acadêmico em pp5wg@terra.com.br.

Muito obrigado!

1) Você acredita que a gestão dos hospitais públicos feitas por Organizações Sociais de Saúde ao invés da Secretaria Estadual de Saúde pode:

- () Melhorar muito a Gestão dos Hospitais Públicos
 - () Melhorar um pouco a Gestão dos Hospitais Públicos
 - () Nem melhorar nem piorar a Gestão dos Hospitais Públicos
 - () Piorar a Gestão dos Hospitais Públicos
 - () Não é possível prever, pois depende de variados fatores que independem do modelo de gestão
- Por quê?**
-
-
-

2) Você acredita que a gestão dos hospitais públicos feitas por Organizações Sociais de Saúde ao invés da Secretaria Estadual de Saúde pode:

- () Melhorar muito a Qualidade do Serviço Prestado
 - () Melhorar um pouco a Qualidade do Serviço Prestado
 - () Nem melhorar nem piorar a Qualidade do Serviço Prestado
 - () Piorar a Qualidade do Serviço Prestado
 - () Não é possível prever, pois depende de variados fatores que independem do modelo de gestão
- Por quê?**
-
-
-

3) Você acredita que a gestão dos hospitais públicos feitas por Organizações Sociais de Saúde ao invés da Secretaria Estadual de Saúde pode:

- () Melhorar muito o acesso da população em suas demandas por assistência à saúde
- () Melhorar um pouco o acesso da população em suas demandas por assistência à saúde
- () Nem melhorar nem piorar o acesso da população em suas demandas por assistência à saúde
- () Piorar o acesso da população em suas demandas por assistência à saúde

Não é possível prever, pois depende de variados fatores que independem do modelo de gestão
Por quê?

4) Na hipótese de Santa Catarina ampliar a implantação de gestão terceirizada dos hospitais públicos por meio de Organizações Sociais de Saúde - OSS, quais deveriam ser os atores sociais (*stakeholders*) mais importantes e imprescindíveis na construção deste processo? (selecione até 5 opções ou dê sua sugestão)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Técnicos da SES | <input type="checkbox"/> Universidades |
| <input type="checkbox"/> Assessores do COSEMS | <input type="checkbox"/> OAB |
| <input type="checkbox"/> Controle Social | <input type="checkbox"/> Gestor Estadual |
| <input type="checkbox"/> Usuários | <input type="checkbox"/> Gestores Municipais |
| <input type="checkbox"/> Deputados Estaduais | <input type="checkbox"/> Órgãos de Classe |
| <input type="checkbox"/> Conselho Estadual de Saúde | <input type="checkbox"/> Movimentos Sociais |
| <input type="checkbox"/> Ministério Público Estadual | <input type="checkbox"/> OSSs já em Funcionamento em SC |
| <input type="checkbox"/> Ministério Público Federal | <input type="checkbox"/> Ministério da Saúde |
| <input type="checkbox"/> Cientistas Sociais | <input type="checkbox"/> Tribunal de Justiça de Santa Catarina |
| <input type="checkbox"/> Sindicatos | <input type="checkbox"/> Deputados Federais |
| <input type="checkbox"/> Conselhos Profissionais | <input type="checkbox"/> Lideranças Políticas |
| <input type="checkbox"/> Profissionais de Saúde | <input type="checkbox"/> Consultorias Especializadas |
| <input type="checkbox"/> Diretores das Unidades Envolvidas | |
- Outro(s). Qual(is)?
-
-
-

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS DAS UNIDADES OSS

Este questionário destina-se a levantar dados para avaliar os serviços de saúde gerenciados por uma Organização Social e desenvolvidos nesta unidade hospitalar com base na percepção de seus usuários.

As informações aqui levantadas serão utilizadas para finalidades acadêmicas e o seu anonimato estará garantido. Assim sendo, solicitamos a sua gentileza ao responder este questionário, a fim de que o mesmo possa traduzir sua opinião sobre o serviço.

Dúvidas adicionais poderão ser esclarecidas diretamente com o pesquisador pelo email professor.wg@gmail.com.

OBRIGADO!

1. Desta vez você procurou o Hospital na qualidade de:

- Paciente
- Acompanhante (exceto Pai e Mãe)
- Pai, mãe ou responsável por um menor
- Visitante
- Doador de Sangue/Hemoderivados
- Outro

2. Quantas vezes você já procurou os serviços deste hospital?

- Esta é a primeira vez
- 2 a 3 vezes
- 4 a 5 vezes
- mais de 5 vezes
- não me lembro

3. Se você respondeu à questão anterior indicando ter utilizado este hospital anteriormente, você pode afirmar que:

- O serviço aqui prestado tem MELHORADO sua qualidade e atendimento
- O serviço aqui prestado NÃO TEM VARIADO quanto a sua qualidade e atendimento
- O serviço aqui prestado tem PIORADO sua qualidade e atendimento

4. Você está utilizando ou utilizou os seguintes serviços deste hospital (assinala mais de uma alternativa se for necessário):

- Setor de Emergência
- Consultórios médicos (ambulatório)
- Centro Cirúrgico
- Pequenas Cirurgias
- Internação
- UTI/CTI
- Laboratório de Análises Clínicas
- Exames Complementares
- Banco de Sangue

5. Avalie este Hospital quanto a sua satisfação em relação aos serviços prestados, marcando com um X a opção de sua preferência:

	MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INDIFERENTE	POUCO INSATISFEITO	TOTALMENTE INSATISFEITO
a) Instalações Físicas do Hospital					
b) Funcionamento/ atualização dos equipamentos					
c) Rapidez no atendimento na emergência					
d) Efetividade dos serviços (capacidade de resolver)					
e) Tempo de agendamento dos serviços					
f) Atendimento médico					
g) Atendimento de outros profissionais					
h) Confiabilidade e segurança no serviço prestado					
i) Educação e cordialidade por parte dos funcionários					
j) Clareza nas orientações aos pacientes e acompanhantes					
l) Competência dos profissionais envolvidos					
m) Humanização do serviço					
n) Higiene, organização e limpeza.					

6. O que lhe deixa mais insatisfeito em um serviço de saúde?

7. Qual o seu sexo?

- () Masculino
() Feminino

9. Qual a distância aproximada do Hospital até onde você mora?

- () 0 a 25Km
() 26 a 50Km
() 51 a 75Km
() 76 a 100Km
() 101 Km ou mais

8. Qual sua Idade?

- | | |
|------------------------|------------------------|
| () até 18 anos | () entre 36 e 45 anos |
| () entre 18 e 25 anos | () entre 46 e 55 anos |
| () entre 26 e 35 anos | () 56 anos ou mais |

10. Qual o Grau de instrução do chefe de sua família?

- () Analfabeto até 3^a série do ensino fundamental (primário incompleto)
- () Até a 4^a série do ensino fundamental (primário completo/ginásio incompleto)
- () Fundamental (1º grau) completo
- () Médio (2º grau) completo
- () Superior completo (com ou sem pós-graduação)

11. Em linhas gerais, qual nota você daria para esta unidade hospitalar?

- () 1–2
- () 3–4
- () 5–6
- () 7–8
- () 9–10

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE COM OS STAKEHOLDERS

Esclarecimento sobre a entrevista, pedido de colaboração, consentimento e aviso que a entrevista estará sendo gravada;

Identificação do Entrevistado

Nome, idade, local de residência, profissão, militância;

Papel/ligação do entrevistado com a Saúde Pública;

Destacar a importância da sua opinião, e como/onde ela pode influenciar as decisões dos modelos de gestão de unidades hospitalares em SC.

Nova Gestão Pública

O Papel do Estado na Saúde Pública;

Estado Mínimo e neoliberalismo;

Noções de Coprodução do Bem Público;

Papel e a extensão da sociedade civil organizada.

Sistema Único de Saúde

Participação do Estado;

Prós e contras do SUS;

Sua percepção sobre o SUS X imagem dada pela mídia;

Desafios a serem enfrentados;

Eficácia, Eficiência e Efetividade no SUS.

Modelos de Gestão

Quais os modelos de gestão conhecidos pelo entrevistado?

Onde os viu ou não funcionar?

Prós e contras cada modelo conhecido;

Organizações Sociais da Saúde

Conhecimento da Experiência Catarinense em OSS;

Conhecimento dos outros modelos em existentes em SC;

Modelo preferencial do entrevistado. Justificativa;

Encerramento

Agradecimento;

Disponibilização da pesquisa após sua conclusão.