



CICS/ ENSP/ FIOCRUZ
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

Novos Desenhos Organizacionais no Setor Saúde: um estudo de caso no Nordeste brasileiro

FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA SANTOS; GARIBALDI
DANTAS GURGEL JÚNIOR; IDÊ GOMES DANTAS GURGEL &
KATIA REJANE MEDEIROS

*Grupo de Pesquisa em Saúde Pública (GPESP) - Faculdade ASCES; Centro
Nacional de Governança em Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) – FIOCRUZ*

francisco.a.santos@hotmail.com; gurgel@cpqam.fiocruz.br; ideg@cpqam.fiocruz.br;
kmedeiros@cpqam.fiocruz.br

Resumo:

O trabalho se propôs a analisar a evolução das organizações privadas na administração de serviços públicos de saúde, além de discutir o papel do Estado como regulador da política pública. Realizou-se um estudo de caso a partir de dados secundários, no estado de Pernambuco, Nordeste brasileiro. Como resultados, descobriu-se que mais de quatro mil profissionais foram contratados por empresas, 50% dos serviços públicos se enquadram nesse novo modelo e, segundo o Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, as despesas com esses serviços superam os US\$ 300 milhões, embora não existam servidores públicos suficientes para fiscalizar as atividades desempenhadas por essas novas organizações, o que pode ser qualificado como uma temeridade.

Palavras-chave:

Saúde Pública; administração de serviços de saúde; modernização do setor público; nova administração pública; parceria público-privada.

Abstract:

The study proposes to analyse the evolution of private organisations in the administration of public health services, and to discuss the government's role as a regulator of public policy. We conducted a case study from secondary data, in the state of Pernambuco, northeastern Brazil. The results show that more than four thousand of professionals are employed by companies, 50% of public services fit this new model and, according to the Court of Auditors of the State of Pernambuco, the expenditure on these services exceed US\$ 300 million, although there aren't enough public servants to adequately supervise the work that is performed by these new organisations, which can be described as reckless.

Keywords:

Public health; health services administration; public sector modernisation; new public management; public-private partnership.

Introdução

Nos anos 1980, as crises financeiras nos países desenvolvidos e a política de governos autoritários em países em desenvolvimento levaram o mundo a conviver com a noção de que o Estado estava em crise e, portanto, era necessário reformá-lo. A reforma do Estado espalhou-se por diversos continentes, com redução do tamanho do Estado e incorporação de padrões da iniciativa privada para a gestão pública. Havia consenso formado em torno da necessidade de mudanças administrativas no Estado. No entanto, não se pode esconder os conflitos em relação tanto ao diagnóstico da crise quanto às estratégias de reestruturação do Estado (Fleury, 2003; Oliveira, 2012).

A reforma de Estado brasileiro, iniciada em meados dos anos 1990, pode ser dividida em pelo menos duas fases: 1) caracterizada por uma focalização das políticas sociais, privatização de empresas públicas, redução do tamanho do Estado e descentralização da execução das políticas, com ênfase para a saúde; 2) reforma gerencial ou de segunda geração foi a resposta a esse desafio ao modificar a forma de administrar a oferta dos serviços. Como consequência, o governo diminuiu suas responsabilidades como “executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se, entretanto, no papel de regulador e provedor ou promotor destes, principalmente educação e saúde” (Brasil, 1995: 13).

Existem alguns pilares dessa reforma: 1) torna os gerentes dos serviços responsáveis por resultados, de modo com que haja uma maior preocupação com os fins em detrimento dos meios; 2) estimula os servidores por bons resultados e os pune pelos maus; 3) o poder de Estado é expresso por meio de agências executivas e reguladoras; 4) e – o que é mais importante – mantém o consumo coletivo e gratuito, mas transfere a oferta dos serviços sociais e científicos para instituições não estatais, ou seja, para provedores públicos de outros setores que não exclusivamente do Estado, que recebem recursos públicos e são controlados por meio de contrato de gestão e termo de parceria (Bresser-Pereira, 2010, 2012).

O fortalecimento de mecanismos de flexibilização e redefinição dos padrões tradicionais para uma Nova Administração Pública (NAP) induziu a formalização dos contratos de gestão e de novos papéis para gestão pública (Pollitt, Thiel e Homburg, 2007). Assim, novos arranjos institucionais com distintas naturezas jurídicas passam a fazer parte do cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa situação é mais desafiadora para o gestor do que a simples relação entre a rede própria e conveniada complementar como tradicionalmente ocorria. Assim, as relações de mercado, já existentes no SUS, ganham contornos ainda mais complexos com a entrada de novos atores institucionais, tais como: agências reguladoras, empresas privadas, Organizações Sociais (OS), Organizações Sociais Cíveis de Interesse Público (Oscip), fundações estatais, dentre outros, que demandam um novo papel do Estado diante da nova dinâmica de relações entre o público e o privado e a adoção de mecanismos de mercado na gestão pública.

O modelo de delegação da administração de serviços públicos de saúde, sobretudo hospitais para o terceiro setor por meio de entidades sem fins lucrativos, foi o que possuiu maior expansão no território nacional, passando a contratar cada vez mais profissionais e receber maior aporte de recursos públicos. Com isso, a execução de atividades, antes de caráter puramente estatal, passa a ser realizada por outras instituições, principalmente OS (Carneiro JR. e Elias, 2003; Nogueira, 2010).

Um novo paradigma para a gestão pública na saúde passa necessariamente por uma discussão e pela busca dos caminhos que permitam que o Estado possa garantir serviços públicos de qualidade para toda a população, de acordo com as necessidades e os determinantes sociais da saúde. Para tanto, regulação é uma das funções essenciais do Estado, responsável por reger padrões de contratos necessários ao provimento e à prestação de serviços de qualidade para a população (Farias et al., 2008).

A NAP alcança diversos espaços da gestão dos serviços de saúde no Brasil. No entanto, uma discussão sobre o papel regulador ainda é um tema pouco discutido, tanto do ponto de vista político quanto acadêmico. Estudo de Oliveira e Elias (2012) aponta que há uma polissemia no entendimento do que seria a regulação em saúde, mas há um fator de convergência que está relacionado à necessidade de intervenção do Estado em defesa dos interesses da sociedade.

Esse debate, apesar de, aparentemente, ser bastante realizado, muitas vezes é cercado por uma densa cortina de fumaça, alimentada por dogmas que terminam por desviar a atenção do gestor público das questões centrais, aquelas associadas à função gestora pública que deveria ser desempenhada por parte do Estado. Com isso, a preocupação central passa a ser o atendimento das necessidades dos cidadãos e trabalhadores dentro de padrões aceitáveis de excelência e economicidade, fatores que devem orientar ideologicamente a montagem de sistemas de proteção e seguridade social onde o SUS se insere.

Como o Brasil é uma federação, e todas as esferas administrativas são autônomas, observa-se que a reforma administrativa chega em momentos diferentes em cada região do país. Enquanto no Sudeste algumas mudanças aconteceram desde o final dos anos 1990 (Ibanhes et al., 2007), no Nordeste esse movimento é recente, mas tem ocorrido de maneira a se expandir rapidamente.

Após as eleições do ano de 2006, em âmbito estadual, há uma importante mudança no cenário político. O novo governador pernambucano possuía um forte alinhamento com o presidente reeleito Luís Inácio Lula da Silva. A principal mudança administrativa ocorrida no estado foi a definição de incorporações de padrões do gerencialismo público, como produtividades, transparência e definição de metas (Sechi, 2009), para serem acompanhados por parte da gestão estadual. Iniciou-se um processo de redefinição de rumos da política de saúde e posterior inserção de novos arranjos jurídicos na administração de serviços públicos. O estudo analisa a evolução dessas organizações, os reflexos sobre o orçamento e os recursos humanos e discute o papel do Estado como regulador da política pública.

1. Procedimento metodológico

Realizou-se um estudo de caso com base na abordagem qualitativa e quantitativa. Pelas importantes mudanças ocorridas nos últimos anos, selecionou-se o estado de Pernambuco, observaram-se expressivas transformações na política pública de saúde, principalmente após as mudanças decorrentes do panorama político, quando em 2007 um 'novo' grupo de atores políticos assumiu a gestão estadual.

Pernambuco tem população de aproximadamente 9,2 milhões de habitantes e área total de 98.146 km² (IBGE, 2013), sendo dividido em 12 regiões e quatro macrorregiões de Saúde (Pernambuco, 2012a). Em 2009, inaugurou-se o primeiro hospital público orientado e gerido pelo novo modelo de administração, iniciando o movimento de contratação de empresas

privadas, sem fins lucrativos, para a administração dos serviços da rede estadual de Saúde. Para o alcance dos objetivos e acompanhamento do comportamento da política de saúde em Pernambuco, foi selecionado o período entre os anos de 2007 e 2013. A coleta de informações para o estudo foi realizada entre outubro de 2012 e junho de 2013.

Para conhecer a evolução do número de serviços de saúde e qual o modelo de gestão adotado, utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A investigação ocorreu no sítio eletrônico <cnes.datasus.gov.br>; foram excluídos serviços de saúde estaduais que não possuem porta aberta para o SUS. Nessa base, também foram investigados, por meio do TabwinCNES (software gratuito do Ministério da Saúde), qual a esfera administrativa estadual e o tipo de vínculo dos trabalhadores: estatutários, sem subtipo, intermediados por Organizações Sociais de Saúde (OSS), vínculo empregatício sem subtipo e outros. Para o conhecimento do quantitativo de profissionais, segundo nível de formação, foi utilizado o Departamento de Informática do SUS (Datasus) – disponível em <datasus.gov.br> –, onde foram selecionadas as seguintes opções: “Recursos Humanos a partir de agosto de 2007” e “Ocupações classificadas pela CBO 2002”. A partir da escolha, foram vistas ocupações em geral e selecionadas ocupações de nível superior, técnico e elementar. Todos os dados referentes aos recursos humanos ocorreram entre o período de 2008 e 2013, devido à impossibilidade de captação de algumas informações nos sistemas do Datasus.

Para o conhecimento do orçamento e do comportamento dos investimentos em saúde no estado de Pernambuco e possíveis reflexos após entrada das OSS, houve uma análise de informações do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (Siops). Foram coletados o gasto total com saúde e as despesas próprias em saúde, disponíveis em <siops.saude.gov.br>. Fizeram-se também consultas ao domínio do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE), consultando as contas do governo e os gastos com entidades privadas e OSS disponíveis em <tce.pe.gov.br>. Para os dados do ano de 2012 ainda não disponibilizados, realizou-se uma estimativa dos custos a partir dos contratos de gestão que foram publicados no Diário Oficial do Estado (DOE), que registra o valor e a entidade que administra cada serviço. Para análise dos dados financeiros, utilizou-se como referência o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) de dezembro de 2013 e o valor do dólar frente ao real. Todos os dados quantitativos foram tabulados a partir do software Excel 2010 e estão apresentados através de gráficos e tabelas.

A análise do papel regulador do estado das ações e serviços de saúde diz respeito à etapa qualitativa do estudo. Fez-se uma pesquisa documental, tendo como referências: 1) o plano estadual de Saúde (2008-2011 e 2012-2015); 2) relatórios anuais de gestão (Pernambuco, 2008, 2009, 2010 e 2011); 3) relatórios do TCE-PE e documentos correlatos do Ministério Público. As informações relativas à pesquisa documental estão transcritas literalmente e também são apresentadas no estudo.

O estudo faz parte da pesquisa intitulada “O impacto das reformas estruturais no SUS: uma análise compreensiva sobre gasto público, acesso e performance da assistência à saúde de 2006 a 2011”, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número CAEE – 0037.0.095.408-11.

2. Resultados

A rede estadual teve um crescimento no período estudado e 50% dos serviços públicos passaram a ser administrados por empresas (OSS), como apresentado no Gráfico I. Deste número, destaca-se que vinte são unidades novas e cinco são serviços existentes que foram repassados à administração privada.

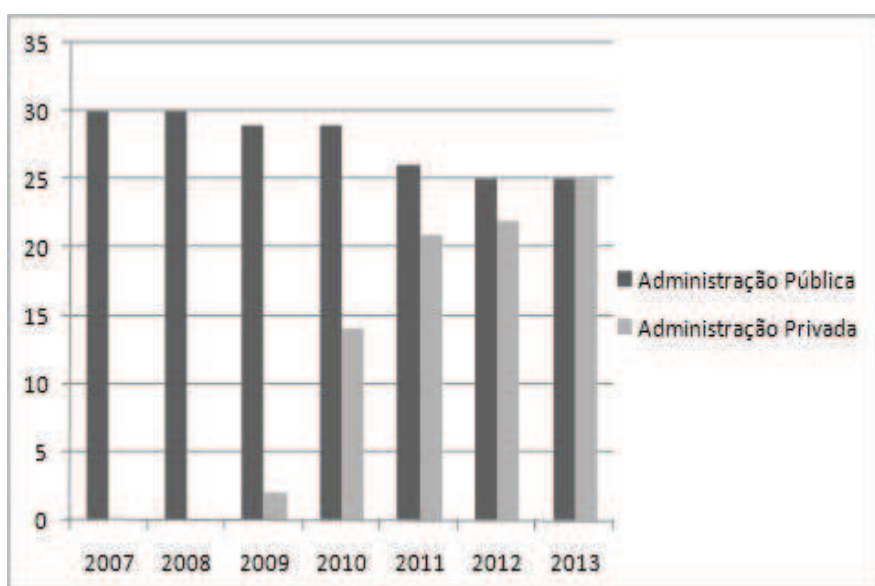


Gráfico 1. Evolução no número de serviços públicos de saúde na esfera estadual que possuem administração pública ou privada

Para o conhecimento da inserção e da relevância que as empresas privadas possuem na atual conjuntura da organização do sistema de saúde de Pernambuco, foi observado qual é o número de profissionais que atuam nesse setor, ou seja, quantos estavam contratados no período do estudo. Identificou-se o aumento do número de servidores da saúde de 15.429 funcionários, em 2008, para 24.108 cargos, em janeiro de 2013. Houve elevação do grupo de funcionários 'estatutários' (servidores públicos), em consequência de boa parte dos "vínculos sem subtipos" passarem a ser classificados como 'estatutários'. Aconteceu aumento nos 'contratos por tempo determinado' e foi implantada uma nova modalidade de contrato, 'intermediado por OSS', responsável por mais de 20% da força de trabalho contratada pela Secretaria Estadual de Saúde (Gráfico II).

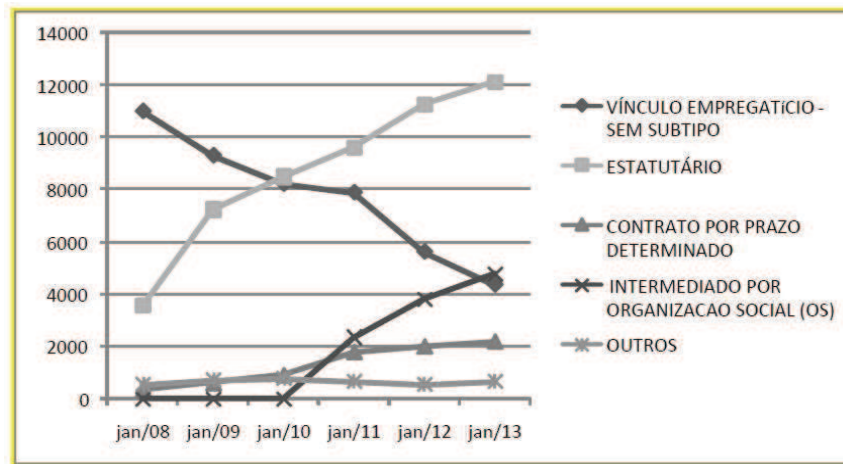


Gráfico 2. Modalidades de contrato de trabalho da Secretaria de Saúde de Pernambuco entre 2008 e 2013

Observou-se que a evolução do número de trabalhadores da saúde que estão ligados à gestão estadual, contratados direta ou indiretamente pela Secretaria de Saúde, estão basicamente distribuídos nos serviços públicos estaduais que foram implantados, principalmente a partir do ano de 2010, com a inauguração de diversas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e alguns hospitais. Houve também a expansão de contratação de profissionais de nível superior e técnicos (Gráfico III).

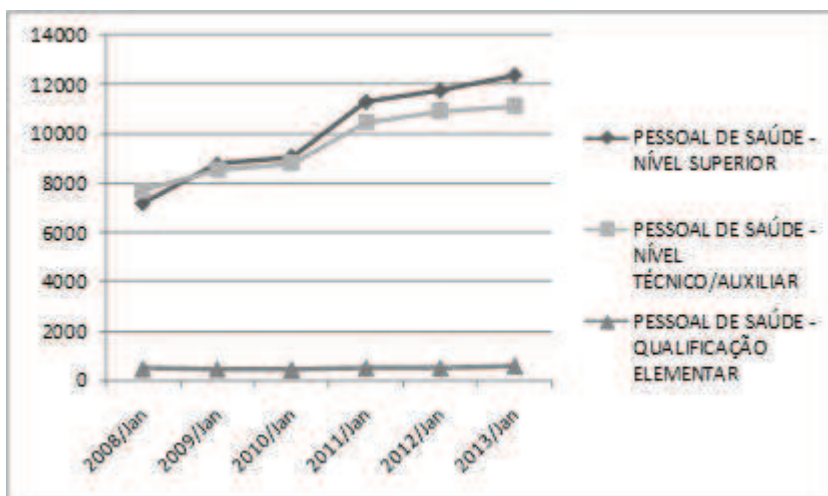


Gráfico 3. Recursos humanos contratados pela Secretaria de Saúde de Pernambuco, segundo nível de formação

Os gastos com contratos realizados com as OSS têm aumentado de maneira expressiva desde a primeira formalização em 2009. Nessa perspectiva, fica claro que o atendimento à sociedade via empresas passou a ser uma prioridade de governo para assistência à saúde da população (Tabela I).

Ano	Investimento com recursos próprios (RS)	Investimentos em saúde (RS)	Despesas com contratos OSS (US\$)
2007	618.801.738,49	1.095.944.106,21	Ausente
2008	726.077.030,27	1.286.444.024,56	Ausente
2009	776.040.628,10	1.515.913.096,92	2.656.477,95
2010	957.670.584,90	1.703.607.561,29	75.223.061,92
2011	958.608.784,43	1.496.556.016,07	128.491.780,55
2012	961.082.789,57	1.602.042.604,33	178.459.805,98

Tabela 1. Despesas com saúde liquidadas com contratos entre o Estado e as Organizações Sociais da Saúde em Pernambuco

Fonte: Adaptado de Siops (2013) e TCE (2013).

Ao se relacionar as informações sobre despesas públicas em saúde declaradas pelo estado ao Tribunal de Contas e o valor repassado às OSS entre 2009 a 2012, observa-se uma forte evolução nos investimentos nesse novo desenho organizacional, pois houve uma modesta evolução das despesas totais com saúde (5,6%) em detrimento ao crescimento das despesas com OSS (671%). A despesa total com as empresas privadas que administram serviços públicos de saúde chegou a R\$ 384.831.126,41.

A análise de Relatório do TCE-PE publicado em 2013 apresenta que o estado possuía oito OSS ativas, cujas ações de fiscalização de suas atividades devem ficar a cargo da Agência Reguladora de Pernambuco (Arpe). Contudo, nenhum dos 94 cargos de regulador disponíveis estava ocupado e, conseqüentemente, não foi realizada qualquer atividade de monitoramento dos contratos de gestão das OSS entre os anos de 2009 e 2011 (Pernambuco, 2013b,c). Por essa razão, o TCE-PE reitera a necessidade de fortalecimento do papel regulador estatal, por meio da contratação de recursos humanos em concurso público:

[...] ARPE para estruturação do seu quadro de pessoal por meio de concurso público, é necessário agilizar a realização desse certame, tendo em vista a importância da atividade de regulação no cenário econômico atual [...] (Pernambuco, 2013a: 36).

Necessidade de realização de concurso para a ARPE, preenchendo os cargos vagos já criados por Lei, possibilitando que a Agência possa desempenhar adequadamente suas atribuições, entre elas a fiscalização adequada dos Contratos de Gestão e Termos de Parceria firmados entre o Governo do Estado e as Organizações Sociais – OSS [...] (Pernambuco, 2013c: 1).

Os documentos analisados, principalmente aqueles produzidos pela Secretaria Estadual de Saúde, apontam que as auditorias sobre as OS foram raras (Pernambuco, 2009, 2010, 2011, 2012b). Tanto os relatórios de gestão quanto o plano estadual de saúde apontam a necessidade de fortalecimento da auditoria estadual, inclusive com a realização de concurso público para 120 auditores (Pernambuco, 2012a).

3. Discussão

Durante o período estudado, há um crescimento da rede assistencial sob coordenação estadual. Observou-se uma forte expansão econômica no estado, além de uma evolução do número de serviços de saúde sob administração privada, fato percebido em outros estados brasileiros, onde o fenômeno da expansão econômica e as mudanças políticas levaram à entrada de novos arranjos administrativos para o serviço público de saúde (Ibañez *et al.*, 2001). Como apresentado no seguinte estudo, essas modalidades de parcerias público-privadas na saúde têm expansão em todo o Brasil, onde há o surgimento de novas instituições privadas com esses fins nas diversas regiões do país (Nogueira, 2010).

Em relação ao crescimento dos recursos humanos vinculados à Secretaria Estadual de Saúde, como apresentado no Gráfico II, os resultados encontrados em Pernambuco se contrapõem ao que vem ocorrendo no país. Machado, Oliveira e Moyses (2011) destacam que houve quase uma estabilização no número de profissionais de saúde nos estados, enquanto entre os municípios brasileiros aconteceu uma expansão superior a 200% entre os anos de 1992 e 2005. Destaca-se que há inserção de uma nova modalidade de contratação de recursos humanos, 'intermediado por OSS'. Nessa modalidade de contrato, o trabalhador da saúde não está vinculado diretamente ao estado, e essa seria uma maneira de se flexibilizar o vínculo trabalhista (Koster e Machado, 2012).

A expansão da contratação de recursos humanos de nível técnico e superior (Gráfico III) está associada à ampliação da rede de serviços de maior complexidade, como hospitais especializados e UPAs (Pernambuco, 2014), ou seja, serviços que necessitam de um elevado número de profissionais de nível superior e técnico para atender às demandas da população. Essa característica de investimento em serviços de maior complexidade pode ampliar custos futuros com assistência e cuidados hospitalares, fato que é percebido em pesquisas recentes (Ipea, 2011).

No período estudado, a gestão estadual ampliou os gastos em saúde com transferência de recursos para entidades privadas. Desde o início da entrada das OSS na administração de serviços públicos de saúde no Brasil, esse fenômeno tem ocorrido via serviços ambulatoriais e hospitalares. Há estudos que apontam vantagens para esse modelo administrativo, como Quinhões (2009) e Barata e colaboradores. (2009), que relatam haver melhores resultados de eficiência nas OSS na administração de serviços hospitalares devido a mais altas hospitalares, na produção de serviços por profissional, no tempo médio de permanência, no número de internações, na taxa de cirurgia/ano, na taxa de ocupação, entre outros. Tudo isso apesar das diversas limitações metodológicas desse tipo de estudo, que dificultam a comparação com serviços próprios do Estado, como, por exemplo, as características dos pacientes atendidos em cada um dos serviços, o estímulo aos profissionais, a maior fiscalização por parte do estado àqueles serviços que não fazem parte da sua administração direta, o melhor financiamento e infraestrutura. Em estudo realizado por Santos e colaboradores (2012) em laboratórios públicos e terceirizados, observou-se que pequenas melhorias administrativas, organizacionais e técnicas fariam com que a transferência administrativa para empresas fosse desnecessária. O caso das OSS no Brasil é emblemático, pois não obstante as poucas evidências científicas, o pragmatismo

político tem espalhado essas experiências administrativas aos mais diferentes matizes ideológicos em todo o território nacional.

Ainda existem controvérsias quanto ao melhor desempenho de instituições de saúde da administração direta do estado quando comparadas àquelas geridas por empresas, devido à elevação de despesas. Em um trabalho publicado por Ibañez e colaboradores (2001), há relatos das vantagens, mas também de alerta para a elevação de custos e dificuldade de sustentabilidade do modelo, principalmente quando não é feita uma fiscalização pública adequada.

Assim, o fortalecimento do papel regulador estatal é relevante. Na saúde, segundo Gurgel Júnior e Vieira (2002) e Gurgel Júnior e Medeiros (2002), para que isso aconteça, é preciso que haja: 1) os comportamentos anômalos da saúde diante das leis de mercado (assimetria de informação, barreiras de acesso, indução de demanda, entre outros), difundidos cientificamente, são elementos que motivam o fortalecimento dos mecanismos de governança aplicados ao setor saúde; 2) especificidades estruturais das organizações de saúde, como o bloqueio de fluxo tradicional de comando, alto nível de autonomia e poder observado nas burocracias profissionais, da mesma forma demonstram a necessidade de inserção de mecanismos que ampliem o poder regulatório do estado.

Ao se analisar as recomendações do Tribunal de Contas e as próprias dificuldades das auditorias realizadas em Pernambuco, no que tange ao papel regulador do estado, a estrutura de fiscalização e controle não acompanhou a evolução da nova organização do serviço de saúde em Pernambuco. Com isso, há um déficit de servidores para auditar de maneira adequada o trabalho que é desempenhado por essas novas organizações, fragilizando as funções gestoras que devem ser desempenhadas pelo estado. Fato semelhante é apresentado por Bravo, Andreazzi e Menezes (2013), demonstrando que em alguns estados brasileiros, com uma maior organização pública e a criação de órgãos responsáveis por acompanhamento de contratos e fiscalização, as punições são raras, mesmo com o descumprimento de contratos e a confirmação de irregularidades.

Quando a administração direta do estado é substituída por relações contratuais com prestadores de serviços mais ou menos independentes, não é mais possível resolver disputas por canais hierárquicos tradicionais. Essa função passa a ser executada por agências reguladoras que têm por objetivo a criação e fiscalização do cumprimento de regras e normas para a delegação de responsabilidades pela prestação de serviços a entidades privadas (Majone, 2006). Por conseguinte, a gestão estadual deveria garantir o fortalecimento da atuação da Arpe, antes mesmo de se firmar contratos com as OS ou qualquer outra entidade privada. Em estudo realizado por Melo (2012), o autor apresenta a fragilidade institucional no acompanhamento e na fiscalização dos contratos de gestão firmados entre a administração pública e entidades privadas sem fins lucrativos no estado de Pernambuco.

Para Landwehr e Böhm (2011), historicamente há uma maior dificuldade de as instituições da saúde pública delegarem a função de execução de determinados papéis para órgãos da administração indireta, do terceiro setor ou da iniciativa privada. Quando o Estado delega a execução de determinadas atividades a OS ou a qualquer outro arranjo jurídico-institucional, se faz importante o fortalecimento do papel gestor do setor público para que as ações e os serviços possam ser regulados, controlados e avaliados (Farias *et al.*, 2011), sendo

esse um dos consensos, entre defensores e contrários às parcerias público-privadas na saúde (Ditterich, Moysés, S. T. e Moysés, S. J., 2012). Pois, como ressalta Secchi (2009), políticos, funcionários de carreira e empreendedores em geral tentam manipular a percepção coletiva a respeito das organizações públicas usando as reformas administrativas como argumento para isso. Não são raros os esforços de reforma da administração pública que avançam, mas são apenas retóricos.

Ibañes e Vecina Neto (2007: 1.836) relatam que o Estado tem de melhorar “a sua capacidade para controlar a execução dos recursos colocados à disposição destas organizações, isto tanto do ponto de vista da execução, como do alcance dos resultados”. Os autores concluem que ainda é um grande desafio para o Estado brasileiro desenvolver a regulação governamental.

Simonet (2008) demonstra que, mesmo os países com democracia consolidada, justiça social efetiva, tecido social solidário e instituições fortes tiveram que realizar ajustes depois da reforma administrativa e das práticas de maior participação do setor privado junto ao serviço público de saúde, e que são necessárias algumas regras, associadas à melhoria da governança, que o sistema deveria adquirir para melhorar o desempenho das suas ações. Pierantoni e Garcia (2011) apontam que algumas das consequências da descentralização das políticas de saúde no Brasil estão associadas ao aumento na responsabilidade de estados e municípios, sem o devido preparo técnico da gestão pública. Portanto, o estado deve estar preparado para cumprir com suas funções gestoras públicas que, para Machado e colaboradores (2011, p. 54), “são definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde” e precisam ser exercidas de maneira coerente com os princípios do SUS e da gestão pública.

Conclusão

A montagem de sistemas nacionais de saúde públicos e universais como o SUS exige um enorme incremento da capacidade de Estado. O estudo demonstrou que Pernambuco tem experimentado mudanças compatíveis com o atual momento da gestão pública brasileira, isto é, o crescimento de parcerias público-privadas na administração de serviços públicos de saúde, com reflexos diretos sobre o número e tipo de contratos de trabalho e o financiamento. Contudo, a capacidade reguladora estatal não tem sido executada a contento. Com isso, abre-se espaço para uma administração com menor qualidade e economicidade, menos transparente e menos democrática, permeada por interesses privados, independentemente das necessidades dos cidadãos e da vontade da sociedade.

Nota-se claramente que existe uma relação entre a governabilidade – ou seja, a legitimidade para tomada de decisões e a capacidade de execução efetiva das ações – e a governança, que vai além da vontade política necessária, mas amplamente insuficiente para garantir impacto das políticas intergovernamentais e intersetoriais que caracterizam o campo da saúde pública. Não é saudável, portanto, que exista um descasamento desses fatores em face da complexidade intrínseca do setor saúde e do arranjo interfederativo brasileiro.

A expansão de novos modelos organizacionais que demandam a ampliação de investimentos e alterações na contratação de recursos humanos deveria ocorrer condicionada ao fortalecimento das funções gestoras públicas. O Estado, *a priori*, estaria dependente da existência de uma maior infraestrutura de acompanhamento, fiscalização e avaliação dos

resultados, que, ao não ser atendida, levaria a mudanças organizativas e estruturais na administração dos serviços de saúde.

Referências

- BARATA, Luis Roberto Barrada et al. (2009), "Comparação de grupos hospitalares no Estado de São Paulo", *RAS*, 11(42), 8-15.
- BRASIL (1995), *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado*. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília.
- BRAVO, Maria Inês Sousa; ANDREAZZI, Maria de Fatima Silianky & MENEZES, Juliana de Souza Bravo (2013), "Novas Articulações entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: a situação das Organizações Sociais". *2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível*. Belo Horizonte.
- BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos (2010), "Democracia, estado social e reforma gerencial", *RAE*, 30(1), 112-116.
- BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos (2012), "Os três ciclos da sociedade e do estado", in: BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos (ed.), *Escola de Economia de São Paulo: textos para discussão*, São Paulo, FGV, 1- 45.
- CARNEIRO JÚNIOR, Nivaldo & ELIAS, Paulo Eduardo (2003), "A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde", *Revista de Administração Pública*, 37(2) 201-226.
- DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSÉS, Simone Tetu & MOYSÉS, Samuel Jorge (2012), "O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde", *Cadernos de Saúde Pública*, 28(4): 615-627.
- FARIAS, Sidney Feitoza et al. (2008), "A regulação no setor público de saúde no Brasil : Os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar", *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18(51): 21-30.
- FARIAS, Sidney Feitoza et al. (2011), "A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar", *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (supp1), 1.043-1.053.
- FLEURY, Sônia (2003), "Reforma del Estado", *Instituciones y Desarrollo*, 14(15), 1-28.
- GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas & MEDEIROS, Kátia Rejana de (2002), "Conflito e resistência à mudança no setor saúde: uma análise dos seus determinantes estruturais", in: FALCÃO, André et al. (org.), *Observatório de Recursos Humanos: estudos e análises*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 37-44.
- GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas & VIEIRA, Marcelo Milano Falcão (2002), "A Reforma do Estado no Brasil e os Hospitais Universitários Federais: o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco", *Revista Brasileira de Administração Pública*, 36(4), 547-563.
- IBANHES, Lauro César et al. (2007), "Governança e regulação na saúde : desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil", *Caderno de Saúde Pública*, 23(3), 575-584.

- IBAÑEZ, Nelson et al. (2001), "Organizações sociais de saúde : o modelo do Estado de São Paulo", *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 391-404.
- IBAÑEZ, Nelson & VECINA NETO, Gonzalo (2007), "Modelos de gestão e o SUS", *Ciências & Saúde Coletiva*, 12(sup),1831-1840.
- IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada (2011), *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, Ipea.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Online], disponível em: www.ibge.com.br [consultado em: 30 nov. 2013].
- KOSTER, Isabella & MACHADO, Maria Helena (2012), "A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde", *Divulgação em Saúde para Debate*, 47, 33-44.
- LANDWEHR, Claudia & BÖHM, Katharina (2011), *Delegation and institutional design in health-care rationing. Governance: An Internal Journal of Policy, Administration and Institutions Group*, 24(4): 665-688.
- MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Elaine dos Santos & MOYSES, Neuza Maria Nogueira (2011), "Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil", in: PIERANTONI, Célia Regina; DAL POZ, Mário Roberto & FRANÇA, Tânia (orgs.), *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*, Rio de Janeiro, Cepesc IMS/Uerj, 103-116.
- MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias & BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias (2011), "Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS", in: GONDIM, Roberta et al. (orgs.), *Qualificação dos Gestores do SUS*, 2. ed., Rio de Janeiro, Fiocruz/Ensp/EAD, 47-72, disponível em: www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf [consultado em: 12 dez. 2013].
- MAJONE, Giandomenico (2006), "Do Estado positivista ao Estado regulador: causas e consequências da mudança no modo de governança", in: REICHE, Norbert et al, *Regulação Econômica e Democracia: o debate europeu*, São Paulo, Singular, disponível em: <http://academico.diretorio.fgv.br/ccmw/images/o/o8/Majone.pdf> [consultado em: 11 dez. 2013].
- MELO, Paulo Hibernon Pessoa Gouveia (2012), *Organizações Sociais em Pernambuco: o desenho institucional do controle externo sobre os contratos de gestão*. Dissertação (mestrado), Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas. 99p
- NOGUEIRA, Roberto Passos (2010), "O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais", in: SANTOS, Nelson Rodrigues & CARVALHO, Amarante Paulo Duarte de (orgs.), *Gestão Pública e Relação Público-Privada no SUS*, Rio de Janeiro, Cebes, 24-47.
- OLIVEIRA, Francisco (2012), "Culto a Moloch: Bresser Pereira e a reforma gerencial do estado", in: BRAVO, Maria Inês de Souza & PEREIRA, Potyara Amazoneida P. (orgs.), *Política Social e Democracia*, 5. ed., Rio de Janeiro, Cortez, 141-151.
- OLIVEIRA, Robson Rocha de & ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon (2012), "Conceitos de regulação em saúde no Brasil", *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 571-576.

- PERNAMBUCO (2008), *Secretaria de Saúde, Plano Estadual de Saúde 2018-2011* [Online], disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2012/06/PES-2008-2011.pdf> [consultado em: 8 jan. 2014].
- PERNAMBUCO (2009), *Secretaria de Saúde, Relatório Anual de Gestão 2008* [Online]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2012/08/RAG-2008.pdf> [consultado em: 11 out. 2013].
- PERNAMBUCO (2010), *Secretaria de Saúde, Relatório Anual de Gestão 2009* [Online]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2012/08/RAG-2009.pdf> [consultado em: 10 out. 2013].
- PERNAMBUCO (2011), *Secretaria de Saúde, Relatório Anual de Gestão 2010* [Online]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2012/08/RAG-2010.pdf> [consultado em: 10 out. 2013].
- PERNAMBUCO (2012a), *Secretaria de Saúde, Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015* [Online], disponível em: www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20-%202015.pdf [consultado em: 2 jan. 2014].
- PERNAMBUCO (2012b), *Secretaria de Saúde, Relatório Anual de Gestão 2011* [Online]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2012/08/RAG-2011.pdf> [consultado em: 10 out. 2013].
- PERNAMBUCO (2013a), *Tribunal de Contas do Estado, Prestação de Contas do Governador de Pernambuco (exercício 2011)*. Parecer Processo T.C. n. 1202764-9.
- PERNAMBUCO (2013b), *Tribunal de Contas do Estado, Gestão Administrativa do estado (exercício 2011)*.
- PERNAMBUCO (2013c), *Terceiro Setor e Parcerias Público-Privadas, Gestão Administrativa do estado (exercício 2011)*.
- PERNAMBUCO (2014), *Secretaria de Saúde, Balanço de gestão 2013* [Online]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0BzRS0BT1b3StSW9UV293a2lWT2M/edit?usp=sharing> [consultado em: 11 out. 2013].
- PIERANTONI, Célia Regina & GARCIA, Ana Claudia P (2011), "Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system", *Human Resources for Health*, 9(1): 12.
- POLLITT, Christopher; THIEL, Sandra & HOMBURG, Vicente (2007), "New Public Management in Europe", *Management Online Review* [Online], disponível em: <http://repub.eur.nl/pub/11553/BSK-2007-004.pdf> [consultado em: 19 dez 2013].
- QUINHÕES, Trajano Augustus Tavares (2009), *O Modelo de Governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a Qualidade do Gasto Público Hospitalar Corrente*, Brasília, Finanças Públicas – XIV Prêmio Tesouro Nacional.
- SANTOS, Maria Angélica Borges; MORAES, Ricardo Monte de & PASSOS, Sônia Regina Lambert (2012), "Indicadores de desempenho e decisão sobre terceirização em rede pública de laboratórios", *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 456-465.
- SECCHI, Leonardo (2009), "Modelos organizacionais e reformas da administração pública", *Revista de Administração Pública*, 43(2), 347-369.
- SIOPS. Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde [Online], disponível em: www.siops.datasus.gov.br [consultado em: 30 jun. 2013].

SIMONET, Daniel (2008), "The new public management theory and European health-care reforms", *Canadian Public Administration*, 51: 617-635.