



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MANOELA CERQUEIRA REIS**

**CAPACIDADE DE GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS:  
O caso das publicizações no estado da Bahia**

**FEIRA DE SANTANA – BA**

**2015**

MANOELA CERQUEIRA REIS

**CAPACIDADE DE GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS:**

**O caso das publicizações no estado da Bahia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Políticas, Planejamento e Gestão, linha de pesquisa Planejamento, Gestão e Práticas de saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Thereza Christina Bahia Coelho.

FEIRA DE SANTANA – BA

2015

## **Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado**

Reis, Manoela Cerqueira

R298c Capacidade de gestão de hospitais públicos: o caso das publicizações no estado da Bahia / Manoela Cerqueira Reis. –Feira de Santana, 2015.

141 f.: il.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

1. Gestão em saúde. 2. Gestão hospitalar. 3. Terceirização. I. Coelho, Thereza Christina Bahia, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 658:614(814.22)

MANOELA CERQUEIRA REIS

**CAPACIDADE DE GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS:**

**O caso das publicizações no estado da Bahia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Políticas, Planejamento e Gestão, linha de pesquisa Planejamento, Gestão e Práticas de saúde.

Feira de Santana – BA. Aprovado em \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Thereza Christina Bahia Coelho. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia.

Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Queiroz Vilasbôas. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia.

Universidade Feral da Bahia.

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvone Santa Bárbara da Silva Santos. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia.

Universidade Estadual de Feira de Santana

À minha Mãe, **Eliana**, meu porto seguro, em todos os momentos, que sempre iluminou os caminhos escuros com afeto para que eu os trilhasse sem medo e cheia de esperança.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, força e sabedoria infinita, sempre ao meu lado, tornando inevitável que qualquer ideal se realize.

À **minha mãe**, pelo amor incondicional, zelo, dedicação e incentivo. Nada disso seria possível sem o seu apoio. Eu te amo!

Ao **meu pai**, pelo respeito e admiração. Mesmo “distante”, sei do seu amor incondicional e do quanto torce pelo meu sucesso.

À **minha família**, em especial, meus irmãos e Sarinha, por acreditarem em mim e me tornaram mais confiante!

A **Caio e Malu**, minha alegria e pureza... Amor sem limites!

A **Diego**, que apesar de ter acompanhado apenas metade dessa jornada, foi fundamental, tornando os momentos difíceis mais doces e serenos. Obrigada, meu amor, pela cumplicidade, melhor companhia, ajuda (sem medir esforços) e todo o carinho do mundo!! Eu amo você, sempre!

À minha amiga-irmã **Alana**, pelo carinho, dedicação e colo constante. “Te amo, ao infinito”.

Às minhas **grandes amigas da UFBA**: Dai, Lai, Mari e Regi, pela amizade, atenção e apoio que fortalecem a minha perseverança e confiança para vencer a cada dia. Amo muito!

A **Thereza**, minha orientadora, pela confiança, ensinamentos e experiências compartilhadas.

Às minhas colegas do Mestrado e companheiras de luta: **Adje, Bianca, Illyane, Jucielma, Luane, Renata e Taciane**. Vocês foram minha calma e controle, minha diversão e melhores gargalhadas, ao longo desses dois anos. Agradeço, em especial, a **Ju**, por ter me permitido ser parte da sua vida de uma maneira tão natural e, ao mesmo tempo, intensa, com tanta verdade e confiança... Minha amiga querida, um presente de Deus! Obrigada minha Quadrilha!

Ao **NUSC** por ter me acolhido!

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva da UEFS, em especial, à Profa. **Lúcia Servo** pela generosidade, doçura e discussões engrandecedoras nas aulas de Planejamento, e à Profa.

**Silvone**, pela participação nas minhas bancas e importantes contribuições para o desenvolvimento do meu estudo.

Às Profas. **Ana Luiza Vilasbôas** e **Ana Cristina Souto** por terem aceitado participar/contribuir com esse momento.

Ao **Sr. Jaime**, por ter sido tão presente e generoso, durante a minha estada em Feira de Santana. Mais do que “o motorista do táxi”, um verdadeiro amigo e, além de tudo, um psicólogo particular! Nunca vou esquecer tudo o que fez por mim!

Aos meus alunos da **FAMAM**, professores e coordenação, que confiaram no meu trabalho e abriram as portas para que eu iniciasse a concretização de um sonho profissional, me apoiando e transmitindo tanta positividade durante os últimos meses.

Aos (as) **gestores (as)** que colaboraram com a realização da pesquisa.

A todos (as) que, de alguma forma, contribuíram para que esse momento fosse possível.

**MUITO OBRIGADA!!**

*“Mas é preciso ter manha  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida”.*

Milton Nascimento

REIS, Manoela Cerqueira. **Capacidade de Gestão de Hospitais Públicos**: o caso das publicizações no estado da Bahia. 2015. 141 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2015.

## RESUMO

Com a incorporação das propostas neoliberais reformadoras do estado, na década de 1990, a Bahia passou a protagonizar a publicização hospitalar sob o discurso político de maior eficiência e qualidade dos serviços prestados à população. Diante disso, este estudo buscou responder a algumas questões que surgiram frente à necessidade de compreensão do processo de publicização da gestão hospitalar, na Bahia, ao avanço progressivo das Organizações Sociais de Saúde (OSS), e às lacunas no conhecimento sobre o tema, no que se refere à capacidade gerencial dos hospitais. Desse modo, o objetivo geral desta investigação foi analisar a capacidade de gestão (CG) de organizações hospitalares publicizadas, do estado da Bahia. E os objetivos específicos compreenderam: descrever o processo da publicização da gestão hospitalar na Bahia; analisar a incorporação das OSS no cenário da gestão dos hospitais estaduais; e caracterizar as dimensões da CG de hospitais que compõem a Rede Própria da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB), sob gestão indireta. Optou-se pela realização de um estudo de caso sobre o processo da publicização, com foco na CG de três hospitais públicos estaduais. Utilizou-se de documentos disponíveis em *sites* de domínio público e de entrevistas com gestores de hospitais publicizados, bem como, da SESAB, realizadas no período de 2014 a 2015. Um confronto entre os dados coletados por diferentes fontes permitiu a sua interpretação a partir do estabelecimento de categorias históricas e analítico-operacionais. Além disso, uma retradução da concepção de Carlos Matus sobre a CG e seus fatores determinantes: Perícia dos Gestores, Práticas de Trabalho e Desenho Organizativo, direcionou a captura do material empírico na construção das respectivas subcategorias, priorizando os critérios de análise. Assim, os resultados, num primeiro momento, evidenciaram a ascensão das terceirizações, a partir de 1996, e a incorporação das OSS à cena hospitalar baiana, a partir de 2005, *pari passu* com o afrouxamento do Conselho Estadual de Saúde e do avivamento do discurso de maior resolutividade das OSS, que seriam “quase como o Estado”. Para atender à nova política e afinar-se com o discurso governamental, empresas antes terceirizadas mudavam a sua personalidade jurídica para OSS, demonstrando um processo de privatização disfarçada, no bojo de um governo que sustentou discurso contrário a essa prática, antagônica aos princípios de seguridade social, expressos na Constituição Federal. Num segundo momento, observaram-se fragilidades nas CG dos hospitais, mais evidentes: no desenho organizativo da instituição, referentes a uma transparência limitada; no descumprimento contratual, pela SESAB; na inexistência de uma missão própria das unidades, que traduzissem as especificidades loco-regionais e institucionais; e no afrouxamento de mecanismos de controle social. Destaca-se, portanto, a importância deste estudo diante da escassez de publicações sobre o tema, especialmente, no estado da Bahia, sob a perspectiva adotada, pois se acredita que os dados encontrados podem melhor alicerçar técnica e politicamente as práticas de gestão, no cenário da publicização hospitalar.

**Palavras-Chave:** Gestão em saúde; Gestão Hospitalar; Capacidade de gestão; Terceirização.

REIS, Manoela Cerqueira. **Public Hospitals Management Capacity: the case of publicizations in the state of Bahia.** 2015. 141 p. Dissertation (Masters in Collective Health) - Department of Health, State University of Feira de Santana, Bahia, 2015.

## ABSTRACT

With the incorporation of neoliberal proposals of the state, in the 1990, Bahia went to star hospital publicization in the political discourse of greater efficiency and quality of services provided to the population. Thus, this study sought to answer some questions that have arisen regarding the need for understanding of the publicization process of hospital management in Bahia, the progressive advance of the Health Social Organizations (OSS), and the gaps in knowledge on the subject in As regards the management capacity of hospitals. Thus, the general objective of this research was to analyze the management capacity (CG) of publicized hospital organizations, the state of Bahia. And the specific objectives included: describe the process of publicizing the hospital management in Bahia; analyze the incorporation of OSS in the management of the scenario of the state hospitals; and characterize the dimensions of CG hospitals that comprise the own network of the Department of Health of Bahia (SESAB) under indirect management. We opted for the completion of a case study on the process of publicization, focusing on CG three state public hospitals. It used documents available in the public domain sites and interviews with publicized hospital managers, as well as the SESAB, in the period 2014 to 2015. A comparison between the data collected by different sources allowed interpretation from establishment of historical and analytical-operational categories. In addition, a retranslation designing Carlos Matus on the CG and its determinants: Expertise of Managers, Work Practices and Organisational Design, directed the capture of this empirical material in the construction of sub-categories, prioritizing the analysis criteria. Thus, the results, at first, showed the rise of outsourcing, from 1996, and the incorporation of OSS to Bahia hospital scene from 2005, *pari passu* with the loosening of the State Board of Health and speech revival that provide greater resolution of the OSS, which would be "almost like the state." To meet the new policy and tune with the government discourse, companies had outsourced changed its legal personality for OSS, demonstrating a disguised privatization process, in the midst of a government that supported speech contrary to this practice, antagonistic to security principles social, expressed in the Constitution. Secondly, there were weaknesses in CG hospitals, more obvious: the organizational design of the institution relating to a limited transparency; in breach of contract by SESAB; the absence of a specific mission of the units, which translate the specific locoregional and institutional; and the loosening of social control mechanisms. Therefore, highlights the importance of this study is the paucity of publications on the subject, especially in the state of Bahia, in the perspective adopted, it is believed that the data found can best consolidate technical and political management practices in setting the hospital publicization.

**Key Words:** Health management; Hospital Management; Management capacity; Outsourcing.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CES</b>	Conselho Estadual de Saúde
<b>CG</b>	Capacidade de Gestão
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CONGEOS</b>	Conselho de Gestão das Organizações Sociais
<b>GD</b>	Gestão Direta
<b>GI</b>	Gestão Indireta
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NGP</b>	Novo Gerencialismo Público
<b>OSS</b>	Organização Social de Saúde
<b>PDRAE</b>	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
<b>PNAHOSP</b>	Política Nacional de Atenção Hospitalar
<b>PPP</b>	Parceria Público Privada
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>RHP</b>	Rede Hospitalar Própria
<b>RIH</b>	Relatório de Informações Hospitalares
<b>SESAB</b>	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
<b>TCU</b>	Tribunal de Contas da União
<b>TG</b>	Triângulo de Governo
<b>RIH</b>	Relatório de Informações Hospitalares
<b>SESA</b>	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
<b>TCU</b>	Tribunal de Contas da União
<b>TG</b>	Triângulo de Governo

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	17
	2.1 Objetivo Geral.....	17
	2.2 Objetivos Específicos.....	17
3	GESTÃO HOSPITALAR: COMPLEXIDADE E DESAFIOS.....	18
4	PROCESSO DA PUBLICIZAÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR.....	22
	4.2.1 Novas modalidades de gestão indireta nos hospitais públicos da Bahia.....	23
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
	5.1 Triângulo de governo: contribuições de Carlos Matus.....	29
	5.2 Capacidade de Gestão: Dimensões e atributos.....	31
	5.3 O modelo teórico.....	35
6	METODOLOGIA.....	38
	6.1 O caso escolhido.....	38
	6.2 Primeiro Momento: Caracterização das unidades hospitalares da RHP da SESAB, sob gestão indireta.....	39
	6.2.1 Coleta dos dados.....	44
	6.2.2 Análise dos Dados.....	44
	6.2.3 Seleção dos hospitais.....	45
	6.3 Segundo Momento: Desenvolvimento do Estudo de Caso.....	47
	6.3.1 Participantes do Estudo.....	47
	6.3.2 Coleta dos dados.....	48
	6.3.3. Análise dos dados.....	49
	6.4 Aspectos Éticos.....	53
7	RESULTADOS.....	54
	7.1 Artigo 1.....	54
	7.2 Artigo 2.....	77
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
	REFERÊNCIAS.....	112
	APÊNDICES.....	120

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A ALTA DIREÇÃO DOS HOSPITAIS.....	121
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTOR DA DIRPGI-SESAB.....	124
APÊNDICE C – MODELO DO REGISTRO DAS IMPRESSÕES DA PESQUISADORA.....	126
APÊNDICE D – MODELO DA PLANILHA PARA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	127
APÊNDICE E – MODELO DA PLANILHA PARA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS.....	129
APÊNDICE F – SÍNTESE DAS ATAS DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE.....	130
APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	135
ANEXOS.....	136
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP.....	137
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SESAB PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	141

## 1 INTRODUÇÃO

O hospital é a forma mais tradicional de organização no setor da saúde. Entretanto, a partir do século XX, observam-se mudanças nessas instituições, no que concerne à estrutura organizacional, ao significado social e aos processos de trabalho desenvolvidos. (LEMOS; ROCHA, 2011).

Na atualidade, é indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados, e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumidos por esse nível de atenção. Na prática, essas instituições agregam uma série de funções que as caracteriza como as organizações mais complexas do setor saúde, o que torna a sua gestão carregada de complexidade e desafios (LEMOS; ROCHA, 2011; PALOMO, 1998; RAIMUNDINI, 2004; ARRETICHE, 2000).

Um fenômeno relevante para as políticas de saúde no Brasil, com repercussão na **gestão hospitalar**, foi a proliferação de modalidades alternativas à gestão estatal direta, nos hospitais públicos, na década de 1990, incluindo **novas formas de gestão** e de inserção dos profissionais de saúde. Essas experiências foram se multiplicando e ganhando maior visibilidade nos últimos anos, tendo o seu esboço no governo de Fernando Collor de Melo e, concretamente, a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (MACHADO, 2001, grifo nosso).

Nessa perspectiva, pretendia-se corrigir os rumos da administração, no Brasil, quando foi apresentado um projeto de reforma gerencial do Estado, como uma oportunidade frente a uma rigidez conjugada com: ineficiência; ausência de mecanismos de controle externo; distanciamento e não compromisso com as demandas dos cidadãos; excessos burocráticos e uso político da máquina estatal para realizar interesses particulares. Desse modo, o reconhecimento e a valorização de um espaço público não-estatal, como ator na provisão de serviços públicos, ganhou relevância (BRASIL, 1995; GUIMARÃES et al., 2004).

A promoção da reforma do aparelho do Estado brasileiro, pelo governo neoliberal de FHC, tinha como meta a diminuição da responsabilidade estatal na execução ou prestação direta de serviços, de maneira a concentrar as competências no seu papel de promotor e regulador (MELO et al., 2009; COSTA, 1998). Nesse sentido, foi o Novo Gerencialismo Público (NGP) que norteou a formulação e implementação das diretrizes do Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estado (PDRAE), em 1995, que tinha como pontos centrais: a gestão

para resultados; a construção de um modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional; as novas formas de *accountability*. (ABRUCIO, 2012).

É nesse panorama que ocorrem os processos de privatização de empresas e de serviços públicos e de **publicização** da gestão pública. A privatização refere-se à transferência da propriedade de entes públicos a entes privados, já a publicização, **transferência da gestão** de serviços públicos para organizações privadas sem, necessariamente, transferir sua propriedade. Em ambos os casos, tanto a necessidade de atrair investimentos privados, como a de gerar lucros aos investidores, ficou evidente desde o início: a recomendação era que a lógica e as leis de mercado orientassem a gestão e o funcionamento das organizações públicas (MORAES, 2002; BAHIA, 2004c, grifo nosso).

A gestão pública abrange tanto a gestão direta (GD) quanto a gestão indireta (GI), sendo fundamentada pelos princípios que a norteiam, expressos na Constituição da República de 1988 - a legalidade, a moralidade, a impessoalidade, a publicidade e a eficiência, os quais são balizadores das atividades essenciais da administração pública (BRASIL, 1988). Carvalho Filho (2012) conceituou a GD como um conjunto de órgãos ao qual é atribuída a competência para a execução de atividades administrativas do Estado, de forma centralizada. Ou seja, a administração pública, ao mesmo tempo em que é titular do serviço público, o executa. Já a GI “é o conjunto de pessoas administrativas, que vinculado à respectiva gestão direta, tem o objetivo de desempenhar essas atividades, de forma descentralizada”, compondo-se, portanto, por entidades jurídicas de direito público e direito privado (CARVALHO FILHO, 2012). Dessa maneira, na publicização, a GI é desempenhada por **entidades privadas**, à medida que, o Estado transfere a sua responsabilidade para essas empresas, constituindo-se nas **novas modalidades de gestão indireta**.

Dentre essas novas modalidades de GI, nos hospitais públicos, destacam-se: a transformação de hospitais em unidades semi-autônomas de direito privado – Organizações Sociais de Saúde (OSS); a terceirização da gestão das unidades hospitalares públicas, através da transferência da gestão dos hospitais estatais para entes privados, com fins lucrativos; as parcerias entre o Estado e entes privados, na gestão dos hospitais – As Parcerias Público Privadas (PPP) (MACHADO, 2001).

Na Bahia, o governo do estado, tendo incorporado as propostas reformadoras do governo de FHC, aprovou a criação das Organizações Sociais por meio da Lei nº 7.027, de 29 de janeiro de 1997 (BAHIA, 1997a), até mesmo, antes da instituição do Programa Nacional de Publicização e Qualificação das Organizações Sociais, no âmbito federal, através da Lei nº 9.637/98 (BRASIL, 1998). Contudo, apesar do alicerce legislativo, a partir de 1997 a gestão

dos hospitais estaduais passou a ser feita, prioritariamente, por meio das terceirizações, devido a mudanças no cenário político (PINTO, 2004), as quais eram “respaldadas” pela Lei Federal nº 8.666/93. Já o Programa de PPP, foi instituído na Bahia pela Lei Estadual nº 9.290, de 27 de dezembro de 2004 (BAHIA, 2004b).

Ressalta-se que no ano 2000, dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), apontavam para a inexistência de uma avaliação mais consistente dos resultados alcançados, pelas novas modalidades de GI, o que gerou insatisfações e receios. Além das críticas expressas por diversos setores da sociedade, atribuindo as publicizações à inconstitucionalidade (PINTO, 2004). Em meio a tantos debates e argumentos contrários, a partir do ano de 2003, com a atualização do Programa Estadual de Organizações Sociais (Lei nº 8.647), as terceirizações começaram a perder espaço para as OSS, as quais passaram a ser incorporadas, de fato, à gestão hospitalar, na Bahia (BAHIA, 2003).

As OSS foram se proliferando na rede hospitalar baiana, ao longo de 10 anos, sob o discurso da modernização da gestão e da necessidade por eficiência e conseqüente avanço na qualidade dos serviços hospitalares, prestados à população, defendendo que a GD não era capaz de fornecer. Isso gera a impressão de que todas as vezes que for necessário melhorar a qualidade dos serviços públicos e buscar a eficiência, o Estado deverá recorrer a empresas privadas. É nesse contexto que a gestão hospitalar passa a ser orientada pela lógica privada, destacando-se a incorporação das OSS como um importante evento nesse processo de publicização, no estado da Bahia.

Apesar dos discursos políticos favoráveis às publicizações, verificou-se que as novas modalidades de gestão permitiam a adoção de práticas gerenciais oriundas do setor privado, além da perpetuação de características do setor público, constituindo-se nas justificativas para a implementação desse processo. Havia denúncias por parte de movimentos sociais, fóruns da sociedade civil, que atuavam em políticas onde existiam Organizações Sociais, e de Conselhos de Saúde, relacionadas a irregularidades e afrouxamento dos mecanismos de controle social (KAYANO et al., 2007; SANO; ABRUCIO, 2008). Havia denúncias, também, referentes à qualificação dessas entidades, no que tange à falta de estabelecimento de critérios objetivos no processo de seleção (BAHIA; CARVALHO, 1998), bem como, fragilidades gerenciais em decorrência do clientelismo e corporativismo (BARRETO, 1999).

Diante do exposto, este estudo buscou responder a algumas questões. A primeira delas refere-se à necessidade de compreensão do processo de publicização da gestão hospitalar, na Bahia, frente ao avanço progressivo, e em larga escala, das novas modalidades de gestão indireta, especialmente das OSS; a segunda questão surge diante desse avanço da

publicização, sob argumentos políticos favoráveis, deixando, portanto, lacunas no conhecimento sobre o tema, no que se refere à capacidade gerencial dos hospitais sob gestão indireta:

Como ocorre o processo de publicização da gestão hospitalar, na Bahia?

Como se dá a capacidade gerencial de hospitais publicizados da Rede Hospitalar Própria da SESAB?

Tratou-se, então, focalizar a atenção na **capacidade de gestão** na qual se enfatiza, especificamente, na concepção de uma dimensão prática que é a ação de liderar, comandar, coordenar sujeitos sociais e administrar a instituição pública (MATUS, 1997, grifo nosso), no contexto, específico, da publicização hospitalar.

Desse modo, define-se o objeto de investigação deste estudo como **a capacidade de gestão de hospitais públicos, publicizados, que compõem a RHP da SESAB.**

A preocupação com a investigação do objeto proposto fundamenta-se no protagonismo do estado da Bahia no processo de publicização da gestão hospitalar, diante do seu pioneirismo na criação da Lei das Organizações Sociais e incorporação progressiva das novas modalidades de gestão indireta, da sua rede hospitalar estadual. Aliado a isso, destaca-se a ínfima publicação de estudos relacionados ao tema, clamando-se, portanto, por estudos empíricos que possam contribuir para um maior conhecimento e entendimento desses modelos, na gestão da saúde, e responder a questões existentes na literatura, com relação à capacidade de gestão de hospitais publicizados.

Na revisão de literatura realizada nas bases de dados Lilacs e Scielo, não foi encontrada nenhuma produção acerca do tema proposto, utilizando-se os descritores “gestão hospitalar”, “capacidade de gestão” e “terceirização”. Ao cruzar os descritores “capacidade de gestão” e “terceirização”, nenhum artigo foi encontrado, em nenhuma das duas bases. Ao cruzar “gestão hospitalar” e “terceirização”, na base de dados Lilacs, encontrou-se três produções, com referência ao Brasil, porém, apenas um artigo estava disponível: Lima e colaboradores (2004), cujo objetivo foi apresentar uma caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos, no Brasil. Já na Scielo, ao cruzar os mesmo descritores, nenhum artigo foi encontrado. Nos últimos dez anos, apenas dois estudos foram realizados, sobre gestão indireta em hospitais públicos, com referência ao estado da Bahia: Pinto (2004) e Carrera (2012). No entanto, destaca-se, ainda, a inexistência de uma produção, publicada, sob a perspectiva proposta por este estudo.

Vale ressaltar que se utilizou o descritor “terceirização”, a partir do conceito exposto pela base de dados BIREME, o que melhor se aproxima da abordagem sobre GI: “Atividades

organizacionais anteriormente executadas internamente que são fornecidas por agentes externos”.

Destarte, vê-se que a escassez da literatura não é congruente com a relevância do objeto em estudo, especialmente, referente ao estado da Bahia. Apesar da proliferação das modalidades alternativas de gestão constituir num fenômeno nacional, as marcantes diferenças entre os sistemas de saúde, dos diversos estados do Brasil, exigem a realização de estudos empíricos delimitados que analisem a proliferação dessas modalidades face às repercussões das políticas de saúde, nas esferas nacionais, e às especificidades dos sistemas e das instituições de saúde, locais (MACHADO, 2001).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a capacidade de gestão de organizações hospitalares publicizadas, do estado da Bahia.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Descrever o processo da publicização da gestão hospitalar, na Bahia;

Analisar a incorporação das Organizações Sociais de Saúde, no cenário da gestão dos hospitais estaduais;

Caracterizar as dimensões da capacidade de gestão de hospitais que compõem a Rede Própria da SESAB, sob gestão indireta.

### 3 GESTÃO HOSPITALAR: COMPLEXIDADE E DESAFIOS

De acordo com o novo dicionário Aurélio, do século XXI, gestão é o ato de gerir; gerência; administração (FERREIRA, 2010). Os principais dicionários da língua portuguesa (Michaelis, Houaiss, Caldas Aulete) trazem gestão e administração como sinônimas. Mostram que suas origens vêm do latim, e mesmo possuindo estruturas diferentes, são traduzidas de forma semelhante, enquanto sentido de ação e como conjunto de princípios, normas que têm, por fim, ordenar a estrutura e o funcionamento de uma organização. Logo, essa definição refere-se ao entendimento clássico da dimensão do gerir como uma ação sobre a ação dos outros (ANDRADE, 2011).

Entretanto, em diversos campos teóricos, observa-se tanto uma polissemia conceitual, sobre gestão, como uma polarização qualitativa, no que se refere ao campo da administração e o da ciência política. No campo da administração, o conceito de gestão se aproxima da idéia de gerência, traduzindo-se em um ato mais operacional e instrumental. Já no campo da ciência política, esse conceito incorpora uma dimensão política, trazendo à tona uma politização dos conflitos presentes no processo de decisão, no âmbito das organizações, inclusive nas organizações públicas (GUIMARÃES et al., 2004).

No que concerne à gestão em serviços públicos de saúde, Paim (2002), ao refletir sobre os modelos de gestão na saúde, admitiu não fazer sentido a distinção entre gestão e gerência, porém, apresenta o conceito de gestão como “a condução de processos, grupos e instituições em função de uma direcionalidade” e a gerência como uma ação mais limitada, voltada para a administração das coisas. Não obstante, Junqueira (1990) ressaltou a gerência como um fator determinante para o alcance dos objetivos organizacionais, mediante o planejamento, a coordenação, a direção e o controle, para o qual iria se requerer do gestor conhecimentos, habilidades nas dimensões técnica, administrativa e psicossocial, aproximando-se, portanto, da concepção de Matus (1997), sobre capacidade de gestão.

Ao discutir, mais precisamente, sobre gestão hospitalar, entendendo o hospital como um dos organismos mais complexos de serem administrados, onde estão reunidos vários serviços e situações simultâneas, compreende-se que o seu processo de gestão apresenta peculiaridades e dificuldades específicas, o que exige uma explicitação de conceitos, sobre tal organização, que consiga abarcar todas as suas dimensões (LEMOS; ROCHA, 2011; PALOMO, 1998; RAIMUNDINI, 2004; ARRETCHE, 2000).

Em 1983, Teixeira definia o hospital como uma organização completa, constituindo o mecanismo institucional de uma sociedade preocupada com o bem estar e a saúde de seus

membros. Dessa maneira, a atenção ao paciente era dada de forma individualizada, através de uma medicina integral que incorpora o avanço constante de conhecimentos, aptidões e tecnologia médica, a qual é representada por instalações e equipamentos (TEIXEIRA, 1983). Percebe-se, portanto, uma visão “simplista”, mecanicista e individualizada, do hospital, como sendo um local para diagnóstico e tratamento de doenças. Esta visão é corroborada por outros autores que escrevem sobre a instituição hospitalar.

Não obstante, pode-se inferir que a complexidade do hospital vai muito além de conceitos reducionistas. Um conceito mais amplo foi adotado, ainda em 1977, pelo Ministério da Saúde (MS):

[...] parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (BRASIL, 1977, p.09).

Nessa perspectiva, a partir da realidade de saúde, atual, para efeitos deste estudo, utilizou-se a concepção de hospital adotada pela Política de Humanização do SUS, proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), ao abordar a coexistência de seis dimensões que interagem, entre si, na expressão da área hospitalar, no Brasil: a dimensão organizacional, assistencial, política, social, financeira e de ensino e pesquisa, as quais contribuem para as complexidades e desafios da situação hospitalar (BRASIL, 2011).

Entendendo as dimensões supracitadas como variáveis que interferem na qualidade assistencial e na dificuldade administrativa dos hospitais públicos, é importante considerar que, para que o hospital possa oferecer serviços de melhor qualidade, é fundamental ter-se em mente as consequências que decorrem de uma boa gestão. Uns dos problemas discutidos por Palomo (1998), sobre gestão hospitalar, foi o despreparo gerencial nos diferentes níveis de poder, assim como a inexistência de instrumentos gerenciais compatíveis com os princípios do SUS. Aliado a isso, a falta de profissionalização dos gestores, em geral, alçados à posição diretiva mais por indicação política, do que por escolha, baseada na competência técnica, como profissionais de saúde (PALOMO, 1998).

Palomo (1998) ainda sugere que uma combinação de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, presentes no hospital, exige a superação da ideia de que o bom senso e a

experiência profissional podem ser a mola mestra de uma boa gestão, sendo necessária uma profissionalização desse trabalho, preparando os diretores de hospital para serem articuladores de diferentes atores, sejam eles internos (médicos, pessoal de enfermagem, pessoal administrativo e outros), ou externos (a comunidade, as outras unidades, as autoridades de saúde).

Atualmente, as organizações hospitalares brasileiras, de natureza pública, vêm promovendo, de maneira geral, mudanças gerenciais e operacionais visando o oferecimento de serviços de saúde de qualidade à sociedade e a implementação das políticas de saúde definidas na Constituição Federal de 1988 (RAIMUNDINI, 2003). Entretanto, apesar da atual expansão desses serviços, o sistema de saúde hospitalar brasileiro ainda enfrenta limitações relativas à qualidade da atenção, à incorporação de novas tecnologias, à gestão dos recursos e à prestação de serviços para toda a população (ARRETCHE, 2000).

Grande parte dos hospitais brasileiros tem problemas em adotar modelos de gestão ágeis, voltados para as necessidades dos cidadãos, havendo dificuldade em trabalhar com indicadores, nessas instituições, e na mudança de comportamentos. Nesse contexto, a gestão pode exercer impactos significativos na assistência hospitalar, integrando competências e potencializando resultados, destacando-se o processo decisório como de vital importância nas organizações em geral e, em especial, nos hospitais (CIANCIARULLO, 2003).

Em amplo estudo sobre o desempenho hospitalar, no Brasil, Forgia e Couttolenc (2009) encontraram que a maioria dos hospitais apresentava desempenho ineficiente (baixa ocupação, giro regular e ociosidade), sendo os públicos mais ineficientes que os privados. De um modo geral, os autores consideraram a gestão dos hospitais públicos rígida, com baixa autonomia e desempenho, sendo a oferta de serviços mal organizada, com alta taxa de funcionários por leito, e grande proporção de pessoal administrativo, e com nível intermediário e básico, ou seja, com baixa qualificação. Os hospitais, tanto públicos quanto privados não demonstraram comprometimento com a qualidade dos serviços e a informação não recebia tratamento de forma a orientar a decisão, de maneira que os autores recomendaram a realização de estudos de aprofundamento e de sistematização da informação disponível (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Nesse sentido, a partir da necessidade de reorganização e qualificação da atenção hospitalar, no âmbito do SUS, foi instituído, em 30 de dezembro de 2013, através da Portaria nº 3.390, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP), onde foram expressas as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). E um dos eixos estruturantes dessa Política é a gestão hospitalar. De acordo com os Art.17 e 18,

da portaria, a gestão da atenção hospitalar deve ser pautada: na “garantia do acesso e da qualidade à assistência, no cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor, na eficiência e transparência da aplicação dos recursos, e no planejamento participativo; e a gestão da atenção hospitalar, no SUS, será definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com os critérios de monitoramento e avaliação, dentre outros” (BRASIL, 2013a).

Assim, com a PNAHOSP, fica estabelecido no art.19 parágrafos 1º ao 4º (BRASIL, 2013a):

- Cabe aos hospitais desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão;
- A gestão participativa e democrática, a atuação da ouvidoria e as pesquisas de satisfação do usuário serão dispositivos de avaliação da gestão interna do hospital e da atenção;
- A ambiência hospitalar deverá adotar uma arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes;

Além disso, conforme estabelecido nos art. 20 e 21 (BRASIL, 2013a):

- Deverão ser garantidos o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais de informação do SUS;
- A administração dos hospitais será profissionalizada por meio de ações de indução e apoio à formação de competências específicas de profissionais que ocupem cargos de direção e de gerência intermediária.

Diante do exposto, a gestão hospitalar, foco do interesse desta pesquisa, carregada de complexidade e desafios, expressa-se na busca pela sustentabilidade econômica, social e política, das organizações hospitalares públicas, a fim de mantê-las no cenário de cuidados com a saúde, em consonância com os princípios e diretrizes que sustentam o sistema de saúde pública, no Brasil.

#### 4 PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR

No período neoliberal, que se inaugurou no governo Collor e avançou na gestão de FHC, surgiu o PDRAE, elaborado pelo então ministro da Administração e Reforma do Estado (RE), Bresser Pereira, em 1995. O modelo proposto, a partir da reforma do Estado, denominou-se **Novo Gerencialismo Público (NGP)**. Esse modelo incorpora elementos da iniciativa privada, com as ideias mestras de competitividade e otimização de recursos, com vistas a ganhos de eficiência. Ao contrário da Burocracia, sua legitimidade passaria a se dar com base mais em “resultados”, do que sobre “processos”, ficando o corpo burocrático restrito a pequenos núcleos estratégicos de gestão (SCHIER, 2005, grifo nosso).

A gestão para resultados introduz uma nova lógica de gestão e retira o enfoque, das políticas públicas, dos procedimentos. Isso significa que, corroborando com o autor supracitado, a gestão pública deve se orientar mais por critérios de desempenho do que por normas e procedimentos, o que tende a flexibilizar as atividades na gestão. Ao invés dos serviços estarem orientados por uma estrutura burocrática rígida, essa lógica de gestão introduz a questão das metas e indicadores a serem obtidos por cada provedor público (CARRERA; MALIK, 2013). No entanto, ao mesmo tempo em que se busca a flexibilização na gestão, verifica-se a necessidade de maior controle.

Nesse contexto, o setor saúde, no Brasil, encontra-se, num momento bastante distinto daquele de 25 anos atrás. A criação e consolidação do SUS, nos anos de 1988 e 1990, contrariando a tendência internacional de reduzir o papel do Estado, na proteção social da população, trouxeram consigo várias experiências positivas, rompendo com a tradição excludente das políticas de saúde no Brasil e fazendo garantir, pelo menos na lei, o direito universal à saúde (BRASIL, 1988; 1990; LIMA, 2003). Entretanto, em meio à crise gerencial pública, marcada pela ineficiência do Estado, aliado à incorporação das ideias neoliberais, as propostas para redução do Estado, na responsabilização da prestação dos serviços, foram concretizando-se através da publicização da gestão desses serviços, especialmente, hospitalar.

A publicização consiste na “transferência da gestão de serviços e atividades, não exclusivas do Estado, para o setor público não-estatal” (BAHIA, 2004c). Dessa maneira, a gestão passa a ser exercida por entidades que prestam serviços que são de interesse público, porém, não integram a administração pública (DI PIETRO, 2002).

Assim, surgiram modalidades de gestão alternativas à gestão estatal direta em busca da modernização e eficiência de gestão organizacional, restringindo a produção estatal a serviços básicos (PINTO, 2004; MELO et al, 2009; COSTA, 1998). A partir de mudanças estrutural e

gerencial, permitiu-se a adoção, no setor público, de práticas gerenciais oriundas do setor privado, visando melhor atender ao cliente. E isso repercutiu, também, na saúde, e em grande escala, nos serviços de média e alta complexidade.

#### **4. 1 Novas modalidades de gestão indireta nos hospitais públicos da Bahia**

A gestão pública, dividida em Gestão Direta e Indireta, é regida por princípios básicos, expressos na Constituição, os quais balizam as suas atividades de planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competências e controle. A GD desempenha atividade centralizada, ou seja, exercida diretamente pelo Estado. Já a GI, interesse deste estudo, tem o objetivo de realizar atividades administrativas de forma descentralizada, exercida por um conjunto de entidades estatais (autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações públicas) (CARVALHO FILHO, 2012) e, também, conforme já discutido, entidades não-estatais.

Carvalho Filho (2012) ainda discute três princípios, importantes, norteadores da GI: o da Reserva Legal, da Especialidade e do Controle. O primeiro tem por objetivo a indicação de que todas as pessoas ou entidades integrantes da GI, só podem ser instituídas por lei. O da Especialidade aponta para a necessidade das atividades, exercidas pela entidade da GI, serem expressamente consignadas na lei. E, por fim, o do Controle, também denominado tutela administrativa, onde o órgão ou entidade só pode atuar dentro de determinados parâmetros, ou seja, nunca pode agir com liberdade integral. Desta forma, toda entidade integrante da GI é submetida ao controle da GD, da pessoa política a que está vinculada (CARVALHO FILHO, 2012).

Apesar de todos os avanços do SUS, desde a sua criação, muitos problemas ainda persistem. Conforme discutido por alguns autores, dentre eles Campos (2007), a gestão da saúde é um dos grandes desafios a ser enfrentado. Diante desses problemas, alguns gestores públicos apostam que uma das saídas para alavancar recursos e eficiência na gestão seria a realização de colaboração com organizações privadas (CARRERA; MALIK, 2013), sob o discurso de “modernização gerencial”. Assim, norteadas pelas diretrizes do NGP, a gestão pública se rendeu ao processo de publicização, incorporando conceitos e técnicas gerados nas empresas privadas (FERLIE et al., 1999).

O estado da Bahia foi um dos primeiros a se render à publicização, tendo como os principais atores governamentais envolvidos, na incorporação desse projeto de modernização gerencial, o próprio governador eleito em 1994, Paulo Souto, e seus auxiliares diretos,

titulares das chamadas “Secretarias sistêmicas” (Governo, Planejamento, Administração e Fazenda), ou seja, o núcleo central do Governo Estadual. Uma das propostas desse projeto foi a mudança do modelo de gestão de unidades públicas de saúde, cujo marketing era “eficiência e respeito ao cidadão”, principalmente no setor hospitalar, em meio à grave crise que se instalara (PINTO, 2004).

Nesse panorama, foi promulgada, em 23 de janeiro de 1997, a Lei Estadual 7.027, que instituiu o Programa de Incentivo às Organizações Sociais, na Bahia, tendo sido regulamentada em novembro, desse mesmo ano, pelos decretos 7.007 e 7.008. (BAHIA, 1997a; 1997b; 1997c). Em paralelo, no âmbito federal, a Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, sendo transformada na Lei nº 9.637, em 1998, instituiu Programa Nacional de Publicização e dispôs sobre a qualificação das Organizações Sociais, além de ter extinto órgãos federais, que tiveram suas funções absorvidas pelas novas entidades (BRASIL, 1997; 1998). Vale ressaltar que as leis estaduais possuem estrutura e conteúdo semelhantes à Lei Federal. Entretanto, em alguns parágrafos, elas são mais detalhadas, diante de algumas particularidades, conforme o interesse e a realidade da unidade federativa.

Todavia, a promulgação da Lei Estadual, na Bahia, não foi suficiente para a incorporação definitiva das Organizações Sociais, na gestão hospitalar, diante de amplos debates e oposições expressos no CES, Universidades, Sindicatos e outros setores da sociedade, no que se referia às irregularidades jurídicas e preocupações com o rumo do processo (PINTO, 2004). Porém, os movimentos políticos e sociais, desencadeados, voltaram-se para as OSS, o que não impediu que outras modalidades de gestão, como a terceirização, fossem inseridas na gestão pública do estado (BAHIA, 2002).

Diante da proliferação de modalidades alternativas à gestão estatal direta, nos hospitais, as funções do Estado de financiamento e provisão de serviços, especialmente, nesse setor, foram, paulatinamente, substituídos para a função de regulação da produção (PINTO, 2004). Essas experiências foram multiplicando-se ao longo dos últimos 18 anos e ganhando maior visibilidade (MACHADO, 2001). Dentre elas destacam-se:

- A transformação de hospitais em unidades semi-autônomas de direito privado – As **Organizações sociais**;
- A **terceirização** da gestão das unidades hospitalares públicas, através da transferência da gestão dos hospitais estatais para entes privados com fins lucrativos;
- A parceria entre o Estado e entes privados na gestão dos hospitais – as **Parcerias Público Privadas**.

No que tange à **terceirização**, Bresser Pereira (1996) faz referência à execução de atividades e serviços prestados por algumas pessoas ou organizações para outras instituições. Tornou-se um termo muito usado no final do século XX entre administradores, públicos e privados, pois se referia, precisamente, à subcontratação de serviços considerados “meio” e que não constituíam a atividade “fim”. A partir dos anos 90, a gestão dos hospitais estaduais passou a ser feita, prioritariamente, por meio dessa modalidade, ou seja, contratos efetuados com entidades privadas, com fins lucrativos (PINTO, 2004).

Na Bahia, essa opção surgiu diante da “necessidade de ampliar a oferta de serviços, buscar maior flexibilidade da gestão, reduzir as dificuldades relacionadas à contratação imediata de profissionais” (BAHIA, 2002), além das fragilidades atreladas à estabilidade dos funcionários públicos, à má remuneração, à falta de incentivo, à falta de conforto no trabalho, dentre outras (KEINERT et al., 2006).

A Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, a qual “estabelece normas gerais sobre licitações e **contratos administrativos** pertinentes a serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, 1993, grifo nosso) constituiu-se na base legal para as terceirizações da gestão, na Bahia. Entretanto, Gonçalves (1998) denunciou a ilegalidade do estabelecimento do contrato administrativo, na transferência da gestão para empresas privadas, logo que, deve ser utilizado para a aquisição de **serviços de saúde**. Desse modo, as terceirizações foram se apossando da gestão indireta, nos hospitais da RHP da SESAB, sem uma legislação que autorizasse, de fato, esse tipo de contrato.

Em 2003, as **OSS** voltaram a ser foco de discussão, com a atualização do Programa Estadual de Organizações Sociais, através da Lei nº 8.647, de 29 de Julho de 2003, e o Decreto nº 8.890, em 22 de Janeiro de 2004, dando-lhe nova regulamentação (BAHIA, 2003; 2004a).

Com a mudança da gestão do governo da Bahia, em 2007, e conseqüente oposição, do governo anterior, no poder, as críticas à política de terceirizações, perpetuaram-se nos primeiros anos da gestão do governador Jaques Wagner e Secretário de Saúde, Jorge Solla.

Em uma entrevista cedida à revista Luta Médica, em 2007, Jorge Solla criticou a política das terceirizações do governo de Paulo Souto:

A terceirização da gestão dos hospitais estaduais [Referindo-se às publicizações] foi política prioritária do governo anterior, feita com critérios nebulosos, sem transparência e controle social. Estamos fazendo uma cuidadosa avaliação de cada caso. O atual governo pretende valorizar o

serviço público e criar mecanismos inovadores de gestão que aumentem a eficiência, a autonomia e a capacidade da gestão pública. Recentemente fizemos um grande seminário, inclusive com participação de outras secretarias estaduais de saúde (Rio de Janeiro e Sergipe) discutindo alternativas, entre elas a proposta de criação de “fundações estatais” para aperfeiçoar a gestão das unidades hospitalares por dentro do setor público (SOLLA, 2007, p.6).

Na 14ª Conferência Nacional de Saúde, em 2011, o secretário Jorge Solla defendeu as Fundações Estatais de Direito Privado como uma das formas de gestão do SUS, e apontando a necessidade de modernização da gestão pública (CARRERA, 2012). Em concordância, a assessora especial do gabinete do secretário, Maria Clécia Dantas Souza, afirmou que a parceria com o privado não feria a lógica do atendimento público, gratuito e universal, do SUS:

[...] Mas o secretário Jorge Solla é uma pessoa arrojada e, para ele e a maior parte dos profissionais da secretaria de saúde, é importante que o SUS mantenha seu atendimento público, gratuito e universal. Se o prestador de serviço é uma instituição privada de qualidade, não há nenhum problema em se fazer uma parceria com esse tipo de lógica (SOUZA, 2012, p.28).

Quanto ao processo de qualificação das entidades como OSS, elas devem atender a alguns requisitos, como: natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação; finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades; previsão expressa de a entidade ter um Conselho de Administração e uma diretoria definida nos termos do estatuto; previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade; obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do Contrato de Gestão, etc. (BAHIA, 2003). Não basta a entidade atender a todos os requisitos previstos em lei. Sua qualificação é dada por meio da aprovação, de acordo com a conveniência e oportunidade, do Poder Público (BRASIL, 1988).

À medida que o Estado “qualifica” uma OSS, ele pode assumir a execução de atividades indiretas, por meio de contratos de gestão, pode celebrar o contrato com os chamados próprios– autarquias, fundações e serviços de administração direta, não só com sua infraestrutura, mas eventualmente com recursos humanos. As leis das Organizações Sociais

procuram criar formas mais flexíveis para completar a legislação que regula esse relacionamento (BRESSER PEREIRA, 1996; KAYANO et al., 2007).

Entretanto, os movimentos sociais e fóruns da sociedade civil que atuam em políticas onde existem Organizações Sociais, como no caso da saúde, denunciavam que essas organizações não permitiam (ou não facilitavam) a presença de conselhos gestores e que incorriam em irregularidades ao utilizarem recursos humanos da administração pública direta (KAYANO et al., 2007).

São Paulo, um dos primeiros estados brasileiros a regulamentar as OSS, posicionou-se, através do seu CES, contrário às OS e denunciou a debilidade dos instrumentos sociais de controle, por afrouxamento dos mecanismos originais e sub-aproveitamento dos existentes, como a Comissão de Avaliação, cujo acesso às informações gerenciais e financeiras seria precário (SANO; ABRUCIO, 2008).

Barreto (1999) denunciou a realidade gerencial das OSS, apontando as suas fragilidades, onde o clientelismo político e o corporativismo estavam presentes, desconsiderando, dessa forma, o critério da capacidade gerencial. Percebe-se, então, uma repercussão na falta de autonomia dessas entidades, acabando por reduzir a base técnica necessária às práticas de gestão compatíveis com os objetivos e metas organizacionais. Esses impasses, aliados à ausência de informações gerenciais e à carência de pessoal qualificado, favoreceram, ao que Barreto (1999) denominou de “uma cultura de administração por inércia”, que tende a repetir as práticas anteriores. Um outro problema, apontado pela autora, refere-se ao modelo conceitual de contrato de gestão entre as OSS e o Estado, o qual representa um elemento de difícil operacionalização na prática, por pressupor que todas as atividades sejam objetivamente avaliadas mediante indicadores de desempenho que, muito frequentemente, não conseguem encontrar o “cerne da questão”, causando grandes distorções. (BARRETO, 1999).

Apesar de todas as fragilidades apontadas, as avaliações e análise pormenorizada da GI, particularmente, no estado da Bahia, são realizadas pelo governo, existindo, portanto, argumentos favoráveis, eminentemente políticos. Mesmo com forte oposição da sociedade, inclusive do CES, a incorporação das OSS vem tomando proporções de larga escala.

No que concerne à **PPP**, esse é o modelo mais recentemente posto em prática, tendo começado sua discussão, mais precisamente, em 2003 e se tornado a mais nova modalidade de gestão do setor saúde, sob o mesmo discurso da busca pela eficiência do serviço público (MESQUITA, 2006). No Brasil foi instituída com a criação da Lei Federal nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004 e é representada por dois modelos de concessões: a concessão patrocinada

e a concessão administrativa (BRASIL, 2004). Na saúde, o tipo de concessão usada é a administrativa – onde não são cobradas tarifas aos usuários (SUNDFELD, 2006).

Em julho de 2011, o Brasil possuía 18 PPP em funcionamento e outras em fase de elaboração, em diversas áreas: transporte, infraestrutura (rodovias e sistema de água e esgoto), educação, sistema penitenciário e saúde. Sua característica comum é a necessidade de um alto investimento de capital financeiro. Na área da saúde, a implementação das PPP encontra-se ainda em fase inicial (CARRERA, 2012). Na Bahia, o único em funcionamento, em 2014, era o Hospital do Subúrbio, tendo iniciado a parceria com outra empresa privada, para a construção da ampliação e administração do Hospital Couto Maia (BAHIA, 2014).

Percebe-se, portanto, uma ambiguidade entre esta lógica que orienta o NGP, na Bahia e no Brasil, e os modelos de gestão adotados pelos hospitais públicos: a tendência à burocratização, foco nos procedimentos, as práticas de tomada de decisão limitadas... Pois, muitas vezes, estão presas ao clientelismo e aos “jogos políticos”. Reconhecer e dimensionar essa ambiguidade e seus reflexos, na prática, é um desafio para a pesquisa, na Saúde Coletiva.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

Adotando Carlos Matus e o seu **Triângulo de Governo** como referencial teórico, examina-se as suas contribuições para este estudo, sobretudo, no que se refere às dimensões e atributos da **capacidade de gestão**. O processo de publicização da gestão hospitalar e a sua incorporação à RHP da SESAB, expressam conceitos e aspectos importantes que embasam o desenvolvimento do estudo, articulados com o referencial teórico. Essa articulação se dá por meio do **modelo teórico** que explora a relação entre a CG e os seus fatores determinantes (MATUS, 1997) e discute os principais elementos que balizam a análise proposta.

### 5.1 Triângulo de governo: contribuições de Carlos Matus

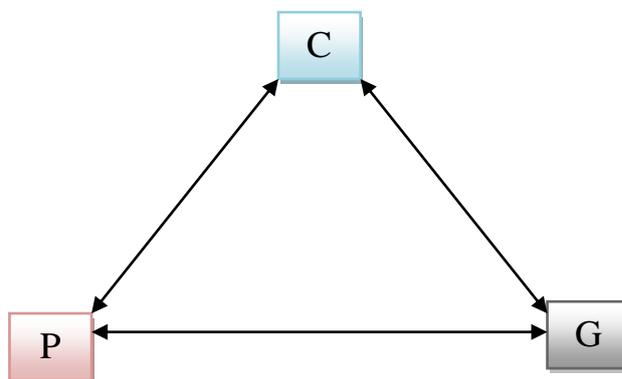
As bases teóricas e metodológicas do pensamento de Carlos Matus estão inspiradas em diversos autores, de cujas obras esse autor extraiu ideias, noções e conceitos que, articulados e reelaborados, vieram a constituir algumas concepções fundamentais para a compreensão e da gestão.

Carlos Matus escreveu sua obra “*Los tres cinturones del gobierno*”, em meados da década de 90, e já pôde-se apreciar a lucidez do autor frente a uma abordagem diferente sobre a modernização do aparato público e os critérios sobre os quais se deve realizar esse “novo olhar”.

Para Matus (1997), gerir é uma ação complexa que requer a articulação de três dimensões fortemente inter-relacionadas, porém, bem diferenciadas, que constituem um sistema triangular, o **Triângulo de Governo** (TG) (Figura 1). O TG sintetiza a articulação de três variáveis interdependentes e, desse modo, permite traduzir o processo de governo. São elas:

[...] a) *Proyecto de gobierno*, entendido como la propuesta de médios e objetivos que compromete um cambio hacia la situación esperada; b) la *capacidade de gobierno*, que expresa la pericia para conducir, maniobrar e superar las dificultades del cambio propuesto; c) la *governabilidad del sistema*, que sintetiza el grado de dificultad de la propuesta del caminho que debe recorrerse, verificable por el grado de aceptación o rechazo del proyecto e la capacidade de los actores sociales para respaldar sus motivaciones favorables, adversas o indiferentes. (MATUS, 1997, p. 12 e 13).

Figura 1: Triângulo de Governo de Carlos Matus (MATUS, 1997 adaptado).



Fonte: Elaboração própria

Legenda: P (Projeto de Governo); G (Governabilidade); C (Capacidade de Governo)

O Projeto de Governo (P) possui conteúdos propositivos de ações que deve realizar para alcançar seus objetivos. A Governabilidade (G) do sistema é o resultado da relação entre as variáveis que o ator controla e as que ele não controla no processo de gestão. Quanto mais variáveis importantes ele controlar, maior será sua liberdade de ação. Já a Capacidade de governo (C) refere-se às habilidades, técnicas, recursos e experiência que o ator possui, que se expressam na capacidade de conduzir certa organização, na direção planejada. Essas dimensões devem, ainda, estar integradas porque são mutuamente condicionadas e dependentes do capital intelectual acumulado pela equipe dirigente (MATUS, 1997).

Pode-se diferenciar essas três variáveis no que concerne à natureza desses três sistemas: sistema normativo que conforma o **projeto de governo**; sistema político-social que abrange a **governabilidade** do sistema; sistema de direção e planificação que caracteriza a **capacidade de governo**. Algo extremamente comum entre essas três variáveis é a ação humana. O projeto de governo é o conjunto de propostas de ação, a governabilidade do sistema se refere a possibilidades de ação e a capacidade de governo é caracterizada pela capacidade da ação.

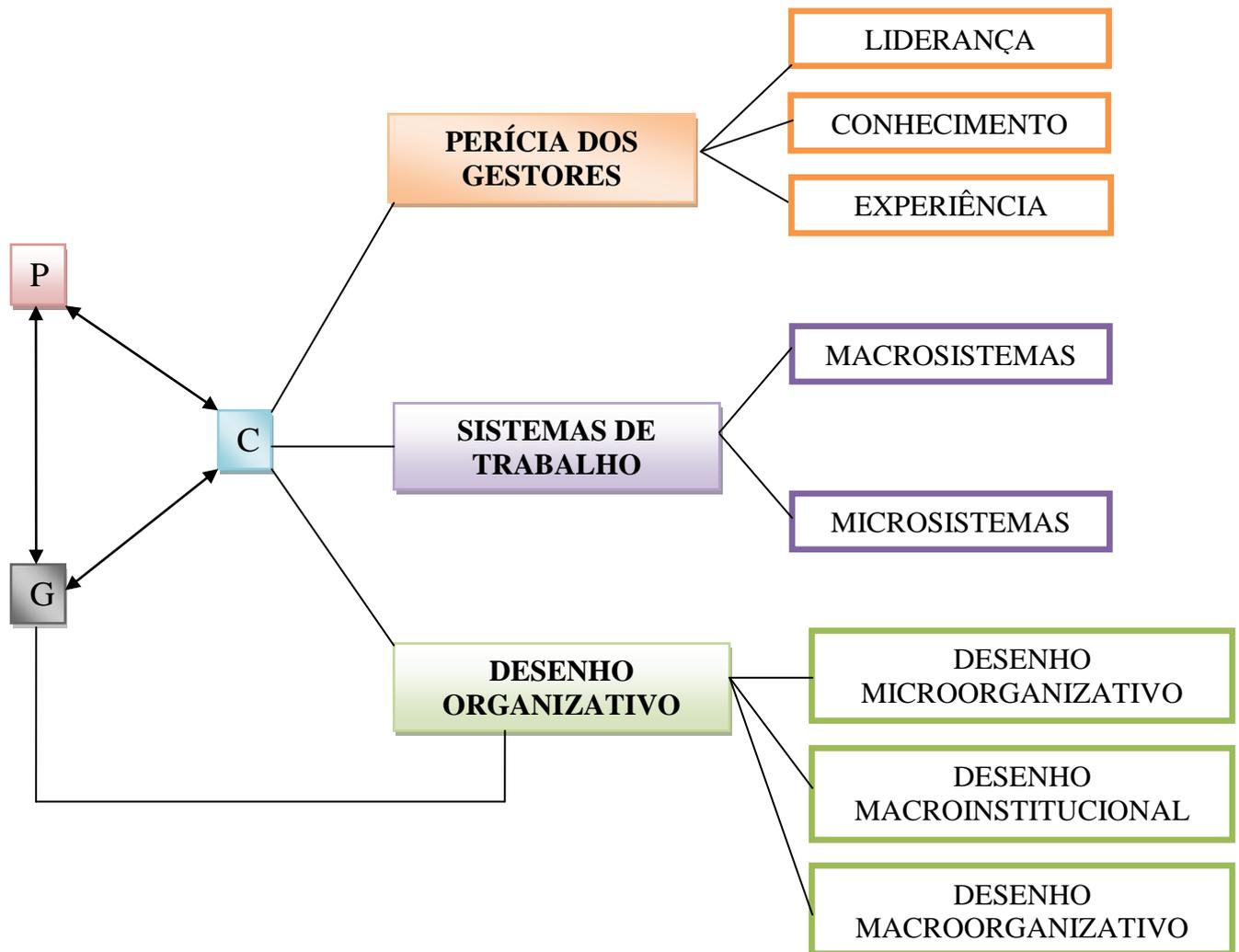
A capacidade de governo é a “variável central” do triângulo matusiano, porém, de acordo com Matus, é a menos valorizada. A partir do objeto deste estudo, fez-se uma adaptação do triângulo de governo, se apossando do conceito referente à capacidade de governo, utilizando o termo **CG**.

## 5.2 Capacidade de gestão: dimensões e atributos

De acordo com Matus (1997), a CG é uma capacidade de liderança composta pela experiência e conhecimentos em ciências e técnicas de governo. Se baseia em “*el acervo de técnicas, métodos, destrezas y habilidades de un actor y su equipo de gobierno requeridas para conducir el proceso social, dadas a gobernabilidad del sistema y el compromiso del proyecto de gobierno*” (MATUS, 1997, p.13). Nessa perspectiva, a CG conota uma dimensão prática, que é a ação de liderar, comandar e coordenar sujeitos sociais e administrar a instituição pública com vistas à concretização das intenções e/ou decisões políticas.

Para Matus, a capacidade de gestão é uma capacidade de condução ou direção que se acumula na pessoa do líder, na sua equipe de governo e na organização que dirige. Dessa maneira, o autor distingue três componentes ou dimensões da **capacidade de gestão**, que são utilizados no desenvolvimento de pesquisas sobre o tema, como é o caso da proposta deste estudo (Figura 2). Segundo Matus, a capacidade de gestão é composta por três determinantes: a Perícia dos gestores; os Sistemas de trabalho utilizados; o Desenho Organizativo da instituição (MATUS, 1997).

Figura 2: Relação entre o Triângulo de Governo e os fatores determinante da capacidade de governo (MATUS, 1997, p. 27 adaptado).



Fonte: Elaboração própria.

Com relação à **perícia dos gestores**, Matus (1997) especifica o papel desempenhado pelo conjunto de qualidades (liderança), conhecimentos e habilidades adquiridas com a experiência que conformam a capacidade de mobilização de vontades e condução de processos políticos. Esse componente destaca as possíveis deficiências que são mais comuns na formação intelectual dos gestores. São eles:

- O *egocentrismo objetivista*, que cria a incapacidade de ver a realidade e estimula o dogmatismo. Incapacita o gestor para fazer uma análise estratégica, pois sua formação impede de identificar e compreender as diversas leituras que os outros atores sociais fazem sobre a realidade;

- O *Determinismo*, que limita as possibilidades de lidar com os problemas, com as incertezas e com as surpresas. O cálculo de previsão de possibilidades é ignorado, opera como se o futuro fosse conhecido e menospreza a dimensão qualitativa das variáveis sociais;
- O *Departamentalismo*, que adota a visão distante e externa das ciências. Se nega a explorar o intercâmbio de problemas com outros departamentos convencionais da realidade;
- O *Acionismo*, que concentra a atenção no debate das soluções, sem valorizar o passo prévio do processamento sistemático dos problemas;
- O *Normativismo*, que destaca de modo excludente, o raciocínio no plano do “deve ser”, sem consciência de análise estratégica;
- O *Imediatismo*, que hipervaloriza o presente, sem preocupação com o tempo. É um tipo de cegueira situacional, que estabelece o domínio absoluto do presente. É a tática sem estratégias, o utilitarismo do agora sem metas.

Matus aponta que, em geral, os gestores, sobretudo da alta direção, têm uma “perícia mutilada”, presos ao imediatismo, à micropolítica, a um excesso de confiança e menosprezo aos “métodos de gobierno”. Mesmo com boa formação profissional e intelectual, caem nas mesmas deficiências e, além disso, não podem aprender porque “*no saben que no saben*” (MATUS, 1997).

O segundo elemento da capacidade de governo, os **sistemas de trabalho** da instituição, está relacionado com o seu modo de gestão. Refere-se ao modo de utilizar o tempo, analisar opções, calcular, decidir, avaliar, monitorar, dirigir e gerenciar. Incluem, na perspectiva de Matus, dois grandes conjuntos: os macrosistemas ou **macropráticas** e os microsistemas ou **micropráticas**. Os primeiros se referem, fundamentalmente, aos processos de tomada de decisão, aos sistemas fundamentais de direção e gestão. São os sistemas da alta direção, determinantes, portanto, da capacidade institucional da gestão. Os segundos apontam os procedimentos e modos de cumprir as tarefas.

Os “Macrosistemas do Sistema de direção estratégica” (MATUS, 1997, p.140-144) incluem:

- *Agenda do dirigente*, isto é, a fixação do foco de atenção segundo a importância dos problemas e distribuição do uso de tempo, através da elaboração do MDD – Menu Diário de Decisões;

- *Assessoria tecnopolítica* realizada pela equipe de apoio ao dirigente para a análise permanente da situação, isto é, para o “processamento técnico político dos problemas”;
- *Manejo de crise*, ou seja, a preparação para situações inesperadas através da elaboração de planos de contingência;
- *Planejamento estratégico*, isto é, identificação, seleção e análise regular de problemas, definição de objetivos e elaboração das operações a serem executadas para atingi-los;
- *Grande estratégia*, que corresponde à elaboração do programa direcional que supõe a construção de cenários e definição das estratégias para o alcance dos objetivos de longo prazo;
- *Orçamento-programa* que é a alocação de recursos por objetivos, vinculação entre os módulos do plano (operações, ações e subações) e os módulos orçamentários (programas, subprogramas e atividades);
- *Monitoramento*: acompanhamento regular e sistemático das operações em andamento e da evolução dos problemas para identificação das necessidades de correção no plano;
- *Cobrança e prestação de contas por desempenho*: coordenação e avaliação periódica do cumprimento dos compromissos e metas assumidos pela equipe gerencial;
- *Gerência por operações*: atribuição de responsabilidades gerenciais a dirigentes intermediários, através da organização de estruturas matriciais que articulam os objetivos e módulos do plano;
- *Treinamento*: formação de quadros dirigentes e técnicos em “Escolas de Governo” responsável pela “formação de um cultura transdepartamental” (MATUS, 1997), capaz de superar a formação compartimentalizada oferecida pelas universidades.

Os microsistemas de trabalho, por sua vez, envolvem a “microengenharia” do processo de trabalho e a “administração de conversações”. No que se refere à “microengenharia” do processo de trabalho, há a busca pela eficiência, isto é, racionalização de custos e maximização de resultados. A “administração de conversações”, implica registro e gerenciamento da rede de atos de fala no âmbito da organização, por onde circulam diretivas ou ordens, compromissos (pedidos e promessas), afirmações, declarações e outras expressões da vontade dos dirigentes e técnicos, das responsabilidades assumidas ou das dificuldades para assumi-las, enfim, uma trama de “ações comunicativas”, cujo gerenciamento pode possibilitar ao dirigente a construção do consenso, a mobilização de vontades o envolvimento

e a responsabilização dos dirigentes e técnicos com o cumprimento das políticas, planos de ação definidos (MATUS, 1997).

O terceiro componente da capacidade de gestão é o **desenho organizativo**. Segundo Matus, essa é a ferramenta de trabalho do gestor. Logo, a sua qualidade, determina as práticas diárias de trabalho. Matus distingue três níveis de desenho: o *macroinstitucional*, referente à “tipologia de organizações públicas que combinam modos de propriedade, modos de gestão e as regras pertinentes a cada uma”; e desenho *macroorganizativo*, referente ao desenho da estrutura de uma organização, o organograma propriamente dito; e o desenho *microorganizativo*, que corresponde ao gabinete do gestor (MATUS, 1997).

### 5.3 O Modelo Teórico

O modelo teórico deste estudo (Figura 3) foi construído a partir de uma adaptação da relação entre a CG e os seus fatores determinantes (MATUS, 1997), assim como, baseado na PNAHOSP (BRASIL, 2013a), levando em consideração os princípios orientadores dos novos modelos de gestão pública. Conforme explanado por Guimarães e colaboradores (2004), esses novos modelos de gestão são sustentados pelos princípios da flexibilidade e consequente desburocratização, da maior autonomia decisória (GUIMARÃES et al., 2004), assim como, de uma gestão voltada para o cumprimento de metas e alcance de resultados, e maior transparência.

Os determinantes da CG, que aqui são explanados e discutidos, são o escopo da análise proposta por este estudo. Conforme já explicitado, a CG é determinada por: *perícia dos gestores*, pelas *práticas de trabalho dos gestores* e pelo *desenho organizativo da instituição*.

A *perícia dos gestores* está relacionada com a **competência e habilidades**: conhecimentos e habilidades adquiridas com a experiência que conformam a capacidade de mobilização de vontades e condução de processos políticos (MATUS, 1997). É determinada pela formação/capacitação do gestor e pela sua capacidade de mobilizar recursos para o enfrentamento de problemas.

As *práticas de trabalho* dos gestores dizem respeito ao modo de gestão e são determinadas por: **agenda do gestor**, “na verificação do quanto o seu tempo e a sua atenção estão voltados para assuntos e problemas relacionados à missão da instituição e não com problemas rotineiros e conjeturais” (LIMA, 2003, p.113) e nas estratégias para racionalização

da agenda; **processo decisório** descentralizado e participativo; **planejamento** estratégico e participativo; mecanismos de **monitoramento/avaliação**; **prestação de contas** sistemática.

O *Desenho Organizativo* está diretamente relacionado às formas organizacionais no que concerne à **missão** de uma instituição e como ela se organiza para atender a essa missão. A análise desses critérios nos hospitais sob as novas modalidades de gestão indireta, leva em conta, principalmente, o modo como se deu a definição da sua missão e como a diretoria se estruturou para concretizá-los, visto que, esses hospitais são administrados sob a ótica da gestão privada. Além disso, **a relação estabelecida entre a SESAB** e os hospitais, no que se refere ao cumprimento contratual e fiscalização das metas estabelecidas, configura-se como um importante aspecto a ser analisado, nessa categoria, pois os contratos jurídicos, na publicização dos hospitais, são as ferramentas balizadoras das práticas de gestão e, conseqüentemente, importantes determinantes da capacidade de gestão. E, por fim, a **transparência**, que está relacionada à divulgação de informações e mecanismos de controle social.

Figura 3: Relação entre a capacidade de gestão, suas categorias de análise e respectivas subcategorias, em hospitais públicos, sob gestão indireta (MATUS, 1997, p.27 adaptado).



Fonte: Elaboração própria

## 6 METODOLOGIA

Entendemos o método como o conjunto de procedimentos e técnicas que são empregados de modo ordenado e sistematizado, para se obter o melhor resultado de uma tarefa. (SANTANA et al., 2010, p. 87).

Trata-se de um **estudo de caso**, descritivo e analítico, sobre a publicização da gestão hospitalar, na Bahia, que foi realizado em três hospitais estaduais sob gestão indireta.

A fim de atender aos objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido em dois momentos: no primeiro momento, foi feita a caracterização da RHP da SESAB, com enfoque no processo da publicização da gestão das unidades hospitalares, a partir da análise de documentos e informações obtidas em sites de domínio público, para subsidiar a escolha dos hospitais que fizeram parte do estudo. No segundo momento foi desenvolvido o estudo de caso a partir da análise qualitativa das entrevistas realizadas com a alta direção dos hospitais, bem como, dos registros das impressões da pesquisadora, efetuados durante a coleta de dados, em campo. Nesse momento, pôde-se confrontar os dados obtidos a partir de diferentes fontes, valorizando o discurso dos entrevistados, para o desenvolvimento do estudo de caso.

Para Chizzotti (2006), o estudo de caso, como modalidade de pesquisa, origina-se nos estudos antropológicos de Malinowski e na Escola de Chicago e, posteriormente, teve seu uso ampliado para o estudo de eventos, processos, organizações, grupos, comunidades, etc., sendo a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto de vida real (CHIZZOTTI, 2006; YIN, 2001). Considera-se, portanto, a escolha pelo estudo de caso adequada, por permitir uma maior teorização e compreensão acerca do caso da publicização hospitalar, à medida que, esse tipo de pesquisa utiliza-se de dados qualitativos, provenientes de textos de fontes primárias e secundárias, a fim de trabalhar com o “universo dos significados”, dos motivos, das aspirações, valores e atitudes (MINAYO, 2012).

No que tange à pesquisa descritiva, Santana e colaboradores (2010), enfatiza o seu objetivo de caracterizar e descrever a realidade.

### 6.1 O caso escolhido

O caso investigado refere-se à publicização da rede hospitalar do estado da Bahia. O cenário dessa investigação envolve vários atores relacionados com a gestão indireta da rede própria da SESAB. Entretanto, o foco privilegiado desta pesquisa está voltado para a alta

direção de hospitais e para a Diretoria da Rede Própria sob Gestão indireta (DIRPGI). Os outros atores não foram estudados devido às limitações em termos de viabilidade e tempo.

A escolha pelo estado da Bahia deu-se a partir de um convite público, informal, feito pelo ex-secretário de saúde do estado (gestão do Governador Jaques Wagner - 2007 a 2014), em meio a um debate sobre a possibilidade da publicização de um hospital, no interior do estado. O convite/desafio tratava-se da elaboração de um estudo mais amplo sobre a “*Capacidade de gestão e do cuidado à saúde em uma rede hospitalar do SUS*”, do qual esta pesquisa faz parte. Acrescenta-se, também, para essa escolha, o interesse em estudar o objeto proposto diante do crescente avanço de novas modalidades de gestão indireta, nos hospitais do estado da Bahia, nos últimos 10 anos.

## **6.2 Primeiro Momento: Caracterização das unidades hospitalares da RHP da SESAB sob gestão indireta.**

Neste momento da pesquisa, foi feita uma caracterização da RHP da SESAB, com enfoque no processo de publicização da gestão hospitalar, **no período de 1996 a 2014**, quando se investigou a incorporação das novas modalidades de gestão, no cenário hospitalar baiano.

Além disso, foi realizada, também, a caracterização dos hospitais que estavam sob gestão indireta, no momento do desenvolvimento deste estudo, no que concerne a: localização geográfica, modalidade de gestão, instituição gestora, porte, especialidade e tempo de funcionamento, o que subsidiou a seleção de três hospitais (Quadro 2).

O hospital pode ser classificado quanto à sua natureza assistencial, sendo denominado **geral**, quando é destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. É denominado **especializado**, quando é destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área (BRASIL, 2013b). Quanto à capacidade, classifica-se como de **pequeno porte**, quando possui de 24 a 49 leitos, **médio porte**, 50 a 149 leitos, **grande porte** até 500 leitos e, acima disso, de **porte extra** (BRASIL, 2007).

Após um levantamento no *site* da SESAB, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e coleta de informações fornecidas pela SESAB, identificou-se que, até dezembro de 2014, a RHP da SESAB era composta por 1.535 leitos em unidades sob gestão indireta e 3.303 leitos em unidades sob GD. Esses leitos estavam distribuídos em 41 hospitais,

incluindo as maternidades: 23 hospitais sob GD e 18 sob GI. Dos hospitais sob GI, 15 estavam geridos por OSS, dois por terceirização e um por PPP (Quadro 1).

Quadro 1: Relação dos hospitais que compõem a RHP da SESAB, seus modelos jurídicos de gestão e as respectivas instituições gestoras, 2014.

<b>HOSPITAL</b>	<b>MODELO DE GESTÃO</b>	<b>INSTITUIÇÃO GESTORA</b>
	<b>CAPITAL</b>	
Hospital Geral Roberto Santos	Direta	SESAB
Hospital Geral do Estado	Direta	SESAB
Hospital do Subúrbio	Indireta – PPP	Prodal Saúde
Hospital Couto Maia	Direta	SESAB
Hospital Prof. Carvalho Luz	Indireta – OSS	Instituto Fernando Filgueiras
Hospital Eládio Lassérre	Indireta – Terceirização	SM – Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda.
Hospital Manoel Victorino	Indireta – OSS	Instituto Brasileiro de Administração Hospitalar
Hospital Especializado Octávio Mangabeira	Direta	SESAB
Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira	Direta	SESAB
Hospital São Jorge	Indireta – OSS	Obras Sociais Irmã Dulce
Hospital Especializado Mário Leal	Direta	SESAB
Hospital Geral João Batista Caribé	Direta	SESAB
Hospital Geral Menandro de Faria	Direta	SESAB
Hospital Ernesto Simões Filho	Direta	SESAB
Hospital Especializado Dom Rodrigo de Menezes	Direta	SESAB
	<b>INTERIOR</b>	
Hospital Geral do Oeste – Barreiras	Indireta – OSS	Obras Sociais Irmã Dulce
Hospital Geral Clériston Andrade – Feira de Santana	Direta	SESAB
Hospital Luís Eduardo Magalhães – Porto Seguro	Indireta – OSS	Monte Tabor
Hospital Regional Dantas Bião – Alagoinhas	Indireta – OSS	Monte Tabor
Hospital Geral Sta Tereza - Ribeira do Pombal	Indireta – OSS	Fundação José Silveira
Hospital Especializado Lopes Rodrigues – Feira de Santana	Direta	SESAB
Hospital de Ibotirama – Ibotirama	Indireta – Terceirização	SM - Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda.
Hospital Eurídice Santana – Santa Rita de Cássia	Indireta – OSS	Obras Sociais Irmã Dulce
Hospital Geral Deputado Luís Eduardo Magalhães – Mairí	Indireta – OSS	PRÓ-Saúde
Hospital Regional de Castro Alves – Castro Alves	Indireta – OSS	Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Castro Alves
Hospital Regional de Juazeiro – Juazeiro	Indireta – OSS	IMIP

Fonte: Elaboração própria, a partir de informações cedidas pela Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta (DIRPGI) – SESAB; Bahia (2013c).

Quadro 1: Relação dos hospitais que compõem a RHP da SESAB, seus modelos jurídicos de gestão e as respectivas instituições gestoras, 2014 (Continuação).

<b>HOSPITAL</b>	<b>MODELO DE GESTÃO</b>	<b>INSTITUIÇÃO GESTORA</b>
	<b>INTERIOR</b>	
Hospital Geral Luís Viana Filho - Ilhéus	Direta	SESAB
Hospital Geral Prado Valadares - Jequié	Direta	SESAB
Hospital Regional de Guanambi – Guanambi	Direta	SESAB
Hospital Regional de SAJ - Stº Ant. de Jesus	Indireta – OSS	Instituto Fernando Filgueiras
Hospital Geral de Vit. da Conquista – Vit. da Conquista	Direta	SESAB
Hospital Estadual da Criança – Feira de Santana	Indireta – OSS	IMIP
Hospital Geral de Camaçari	Direta	SESAB
Hospital Geral de Jeremoabo - Jeremoabo	Direta	SESAB
Hospital Geral de Ipiaú - Ipiaú	Direta	SESAB
Hospital Psiq. Afrânio Peixoto - Vit. da Conquista	Direta	SESAB
Hospital Geral de Itaparica – Itaparica	Indireta – OSS	Instituto Fernando Filgueiras
	<b>MATERNIDADES</b>	
Maternidade José Maria de Magalhães Netto	Indireta – OSS	Santa Casa de Misericórdia da Bahia
Maternidade Tysilla Balbino	Direta	SESAB
Instituto de Perinatalogia da Bahia – IPERBA	Direta	SESAB
Maternidade Albert Sabin	Direta	SESAB

Fonte: Elaboração própria, a partir de informações cedidas pela Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta (DIRPGI) – SESAB; Bahia (2013c).

Quadro 2: Caracterização da RHP da SESAB sob gestão indireta, quanto à localização geográfica, porte, especialidade e tempo de funcionamento, 2014.

UNIDADE	MUNICÍPIO	PORTE/Nº DE LEITOS	ESPECIALIDADE	T. DE FUNC.*
1. Hospital do Subúrbio	Salvador	Porte Extra/313 Leito	Geral	4 anos
2. Hospital Prof. Carvalho Luz	Salvador	Médio Porte/84 Leitos	Geral	18 anos
3. Hospital Eládio Lassère	Salvador	Médio Porte/146 Leitos	Geral	19 anos
4. Hospital Manoel Victorino	Salvador	Médio Porte/108 Leitos	Especializado/Ortopedia	7 anos
5. Hospital São Jorge	Salvador	Pequeno Porte/44 Leitos	Geral	6 anos
6. Maternidade José Maria de Magalhães Neto	Salvador	Grande Porte/243 Leitos	Especializado/Maternidade	9 anos
7. Hospital Geral do Oeste	Barreiras	Grande Porte/247 Leitos	Geral	8 anos
8. Hospital Regional Luis Eduardo Magalhães	Porto Seguro	Médio Porte/125 Leitos	Geral	10 anos
9. Hospital Regional Dantas Bião	Alagoinhas	Médio Porte/110 Leitos	Geral	8 anos
10. Hospital Geral Santa Tereza	Ribeira do Pombal	Médio Porte/96 Leitos	Geral	6 anos
11. Hospital Regional de Ibotirama	Ibotirama	Pequeno Porte/52 Leitos	Geral	10 anos
12. Hospital Eurídice Santana	Santa Rita de Cássia	Pequeno Porte/24 Leitos	Geral	12 anos
13. Hospital Dep. Luis Eduardo Magalhães -	Mairí	Pequeno Porte/33 Leitos	Geral	15 anos
14. Hospital Regional de Castro Alves	Castro Alves	Pequeno Porte/30 Leitos	Geral	12 anos
15. Hospital Regional de Juazeiro	Juazeiro	Médio Porte/129 Leitos	Geral	6 anos
16. Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus	Santo Antônio de Jesus	Médio Porte/150 Leitos	Geral	6 anos
17. Hospital Estadual da Criança	Feira de Santana	Médio Porte/130 Leitos	Especializado/Pediatria	5 anos
18. Hospital Geral de Itaparica	Itaparica	Médio Porte/52 Leitos	Geral	12 anos

Fonte:Elaboração própria, a partir de informações cedidas pela Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta (DIRPGI) – SESAB; Brasil (2013b).

\*Lê-se: Tempo de Funcionamento

### 6.2.1 Coleta dos dados

A coleta de dados, neste primeiro momento, iniciou-se em **agosto de 2013** e se estendeu até **novembro de 2014**, através de fontes secundárias: **sites de domínio público** (CNES e SESAB) e **documentos**. Devido a dificuldades de acesso aos documentos, até mesmo aos contratos de gestão, foi possível analisar, apenas, o que estava disponível na internet, com exceção de um único documento disponibilizado pela SESAB (Quadro 3).

Quadro 3: Lista dos Documentos analisados durante o desenvolvimento da pesquisa

Nº	DOCUMENTO	ANO	AUTOR
1	Atas das Reuniões do Conselho Estadual de Saúde (CES).	2007 – 2014	CES
2	Edital de Seleção nº 004/2012: Gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Professor Carvalho Luz.	2012	SESAB
3	Relatório de auditoria operacional do Tribunal de Contas da União: transferência do gerenciamento de serviços públicos de saúde a Organizações Sociais.	2012	TCU
4	Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP).	2013	MS
5	Lista, atualizada, dos hospitais que compõem a RHP, sob gestão indireta, e suas respectivas instituições gestoras.	2014	SESAB

Fonte: Elaboração própria.

### 6.2.2 Análise dos Dados

Os dados foram analisados a partir da extração de informações importantes, contidas nos documentos, as quais foram organizadas em uma planilha de análise (Apêndice E); e nos *sites* de domínio público que contribuíram, sobremaneira, para a investigação do processo de publicização da rede hospitalar, em estudo, bem como para a sua caracterização. Em seguida, foram discutidos e apresentados em quadros, no **Artigo 1**, resultado deste trabalho.

No que se refere às atas do CES, foram analisadas 88, referentes às reuniões ordinárias e extraordinárias, realizadas no período de 2007 a 2014 e que estavam disponíveis na internet. Destas, 16 atas continham informações que atendiam aos objetivos da pesquisa (Apêndice F).

Este momento permitiu a construção de um quadro para descrição dos eventos concernentes ao processo de publicização hospitalar no estado da Bahia, desde o governo de Paulo Souto, quando se deu início ao processo, até fins da gestão Jaques Wagner (Quadro 4).

Quadro 4: Descrição dos eventos concernentes ao processo de publicização hospitalar, no estado da Bahia, com relação às respectivas gestões estaduais.

GESTÃO ESTADUAL	PERÍODO	PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO HOSPITALAR
Paulo Souto	1995-1998	Criação das Organizações Sociais; Início das Terceirizações.
César Borges	1999-2002	Ascensão das Terceirizações.
Paulo Souto	2003-2006	Atualização do Programa Estadual de Organizações Sociais; Declínio das terceirizações e consolidação das OSS.
Jaques Wagner	2007-2014	Criação das Fundações Estatais; Crescimento das OSS na gestão hospitalar; Declínio das Terceirizações; Retomada da Parceria Público-Privada.

Fonte: Elaboração própria.

A caracterização da RHP da SESAB proporcionou a seleção de três hospitais sob GI, baseada em convergências identificadas nas características de cada unidade, preferindo-se por hospitais gerais, sob diferentes modalidades jurídicas de gestão. Entretanto, diante da extrema dificuldade em obter a anuência dos hospitais, para o ingresso em campo, o critério principal para a escolha foi **a permissão para coleta de dados**.

### 6.2.3 A Seleção dos hospitais

Levando-se em consideração os aspectos supramencionados, foram selecionados dois hospitais geridos por OSS e um hospital por terceirização. A fim de assegurar o anonimato dos gestores entrevistados, estabeleceu-se códigos para identificação dos hospitais, das respectivas instituições gestoras (Quadro 5), bem como, dos gestores (apresentados no próximo tópico).

Quadro 5: Apresentação dos Códigos dos hospitais, lócus do estudo, seus respectivos modelos de gestão e códigos das suas entidades gestoras.

HOSPITAL	MODELO DE GESTÃO	ENTIDADE GESTORA
H1	OSS	EO
H2	OSS	EO
H3	Terceirização	ET

Fonte: Elaboração própria.

**Hospital: H1**Instituição Gestora: **EO**

Hospital de médio porte, estruturado como hospital de retaguarda, com a finalidade de atender à necessidade de continuidade terapêutica a pacientes de longa permanência, em hospitais gerais do estado. Não possui atendimento ambulatorial, urgência e emergência. O seu atendimento é à demanda referenciada, a qual é acomodada em 84 leitos. Além disso, o hospital conta com salas para pequenas cirurgias, central de material esterilizado (CME), farmácia, almoxarifado, nutrição, serviço de arquivo de prontuários de paciente e manutenção geral e serviços de apoio diagnóstico (BAHIA, 2015a).

Desde a sua fundação (1996), está sob gestão indireta. Até o ano de 2012 era gerido por empresa terceirizada (ET), época em que recebeu o certificado pela *Norma ISO 9002* (BAHIA, 2002). Em 2012, passou a ser gerido pela EO, permanecendo até o momento da realização deste estudo.

**Hospital: H2**Instituição Gestora: **EO**

Hospital Geral, de grande porte, alta complexidade, localizado no interior da Bahia. Estruturado com perfil de Hospital de Referência da microrregião correspondente (BAHIA, 2015a).

Possui 150 leitos, além de serviços de CME, serviços de farmácia, lavanderia, almoxarifado, nutrição, manutenção geral e arquivo de prontuários de paciente e estatística (BAHIA, 2015a). Abriga, ainda, atividades de ensino e pesquisa, serviço de diagnose e terapia de alta complexidade. Atende a diversas especialidades médicas, no ambulatório, e possui serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (BAHIA, 2015a).

Em 2009, o hospital foi inaugurado já sob a gestão da EO, por contrato via OSS (BAHIA, 2009). Em 2013, foi acreditado, como pleno, nível 2 (BAHIA, 2015a).

**Hospital: H3**Instituição Gestora: **ET**

Hospital Geral, de médio porte, localizado no município de Salvador – BA (BAHIA, 2015b).

Possui 146 leitos e de acordo com o Diretor Geral do hospital, as obras para a construção da UTI adulto iniciariam no início do ano de 2015. O hospital conta, também, com assistência ambulatorial, serviços de atenção a urgências e emergências e serviço de apoio diagnóstico. Além desses serviços, a unidade dispõe, ainda, de centro cirúrgico, central de material esterilizado, serviço de farmácia, higienização/lavanderia, almoxarifado, serviço de arquivo médico e estatística, manutenção geral e sistema de informações gerenciais (BAHIA, 2015b).

A gestão do Hospital H3 estava por contrato via terceirização, pela empresa ET, desde 1996 até o momento da realização desta pesquisa (KEINERT et al., 2006).

### **6.3 Segundo Momento: Desenvolvimento do Estudo de Caso**

Neste momento foi desenvolvido o **estudo de caso** sobre a publicização da RHP da SESAB, com foco no processo de **incorporação das OSS**, no cenário hospitalar baiano, bem como, na **capacidade de gestão** de hospitais que compõem a rede. Os resultados e análise dos dados foram apresentados nos **Artigos 1 e 2**, produtos deste trabalho, os quais serão encaminhados, posteriormente, para publicação.

#### **6.3.1 Participantes do Estudo**

Foram constituídos por gestores, ocupantes dos cargos da alta direção das unidades hospitalares, que concordaram e se disponibilizaram a participar do estudo, tendo sido selecionados, intencionalmente, tomando como referência os organogramas das instituições, em vigor, no momento em que se iniciou a coleta de dados.

- **H1:** Alta direção composta pelo Diretor Geral, Diretor Médico e Diretor Administrativo. No momento da coleta de dados, o diretor médico encontrava-se de férias. Desta forma, foram entrevistados:

Diretor Geral – **Código: DG1**

Diretor Administrativo – **Código: DA1**

- **H2:** Alta direção composta pelo Diretor Geral, que também é o Superintendente da instituição gestora do hospital (EO); pelos Diretores operacionais: Financeiro e Administrativo; Diretor Técnico (Médico). Apenas os diretores abaixo se disponibilizaram a participar do estudo:

Diretor Geral – **Código: DG2**

Diretor Administrativo – **Código: DA2**

- **H3:** Alta direção composta pelo Diretor Geral e Diretor Médico. Apenas o Diretor geral o qual é, também, diretor de melhoria de processos da ET, se disponibilizou a participar do Estudo:

Diretor Geral – **Código: DG3**

Ressalta-se que o organograma do H3 não foi disponibilizado, nem encontrado nos *sites* da SESAB ou do próprio hospital. A informação referente à composição da alta direção foi cedida pelo próprio diretor geral.

Fez parte do estudo, também, um gestor da DIRPGI - **Código: CGI**, da SESAB, responsável pelo acompanhamento dos contratos com OSS e empresas terceirizadas. Optou-se por entrevistar um gestor da SESAB por considerar que a capacidade de gestão dos hospitais relaciona-se com a capacidade de gestão da própria secretaria. Ainda que essas análises só possam revelar aspectos parciais dessas gestões que seriam, na verdade, co-gestões, com responsabilidades definidas contratualmente, sob base legal.

A caracterização, pormenorizada, dos gestores está expressa no **Artigo 2**.

Como critérios de inclusão para os gestores dos hospitais, salienta-se a composição da alta direção e, para o gestor da SESAB, a responsabilidade pelos contratos de gestão.

### 6.3.2 Coleta dos dados

Utilizou-se como técnica, a **entrevista semi-estruturada**, realizada nos meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015. No momento da inserção em campo, sentiu-se a necessidade, também, da realização de **registro das percepções da pesquisadora** (Apêndice C), compondo-se por anotações de natureza descritiva e reflexiva, sendo realizados logo após as entrevistas, com o intuito de evitar a perda de percepções importantes, acreditando ser a melhor forma para atingir o objetivo proposto por esta pesquisa.

De acordo com Santana e colaboradores (2010), a entrevista é a técnica mais empregada para a coleta de dados, no trabalho de campo e na pesquisa social, em geral. A escolha por essa técnica pressupôs o encontro com os gestores, a partir das suas anuências, com o intuito de entrevistá-los, combinando perguntas fechadas (estruturadas) e abertas, onde os (as) entrevistados (as) tiveram a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pela pesquisadora. A partir dessa técnica, foi possível, também, a captura de gestos, sorrisos, feições e atitudes.

Para a realização das entrevistas, os gestores foram contatados previamente, por telefone e e-mail. As entrevistas foram gravadas mediante consentimento dos participantes, com auxílio de recurso eletrônico para gravação de voz, no local escolhido pelos gestores, que foram as suas respectivas salas. O tempo da duração das entrevistas variou de 39 min a 1h e 9 min.

Ressalta-se que o diretor geral do H3 preferiu que a sua entrevista fosse realizada no H1, visto que, participaria de uma reunião neste hospital, na data pré-agendada, além de não ter permitido que a entrevista fosse gravada, tendo sido, portanto, manuscrita.

A construção dos roteiros utilizados nas entrevistas (Apêndices B e C), tomou como referência os roteiros utilizados por Magalhães (2006) e Lima (2003) e objetivou contemplar os determinantes que compõem a capacidade de gestão, propostas por Matus (1997), assim como, as diretrizes propostas pelo PNAHOSP (BRASIL, 2013a) e os princípios orientadores dos novos modelos de gestão pública.

### 6.3.3. Análise dos dados

A análise se processou em dois momentos. Primeiro, foi desenvolvido o estudo de caso com foco na reemergência das OSS e sua consolidação no cenário hospitalar baiano (Artigo 1). Para isso, construiu-se um quadro de análise (Quadro 6), tomando como base os eventos descritos no Quadro 4, adotando-se como **categorias históricas**: *Criação das Organizações Sociais, Ascensão das Terceirizações e Retorno das OSS ao cenário hospitalar baiano e declínio das terceirizações*. As **categorias analítico-operacionais** utilizadas foram: Discurso Governamental; Aspectos Jurídicos; Atuação do CES e do Conselho Gestor das Organizações Sociais (CONGEOS); Processo Contratual; Processos de Transição de Modelo Jurídico.

Quadro 6: Categorias históricas e analítico-operacionais da incorporação das OSS ao cenário hospitalar baiano.

CATEGORIAS HISTÓRICAS	CATEGORIAS OPERACIONAIS DE ANÁLISE
Criação das Organizações Sociais	Discurso Governamental Aspectos Jurídicos Atuação do CES
Ascensão das Terceirizações	Discurso Governamental Aspectos Jurídicos Atuação do CES Processo Contratual com as Entidades Gestoras
Consolidação das OSS e declínio das terceirizações	Discurso Governamental Aspectos Jurídicos Atuação do CES Atuação do CONGEOS Processo Contratual com as Entidades Gestoras Processo de transição de modelo jurídico: das Terceirizações para OSS

Fonte: Elaboração própria

A *posteriori*, a abordagem do objeto culminou na realização de aproximações com a discussão de Carlos Matus sobre gestão, partindo de um nível mais geral, que se refere ao **TG**, a um nível mais específico, que é um dos vértices desse Triângulo, a **CG** (Artigo 2). Assim, a com uma adaptação da teoria matusiana, a análise se deu a partir do modelo teórico e posterior construção de outro quadro de análise, que buscou contemplar os três determinantes que abrangem a CG, adotando-os como **categorias de análise**: *Perícia dos dirigentes, Práticas de Trabalho e Desenho Organizativo*. Cada categoria foi desagregada em subcategorias com os critérios de análise priorizados, mais próximos do nível empírico, levando-se em consideração a PNAHOSP (BRASI, 2013a), bem como, os princípios norteadores do NGP (Quadro 7). No momento do desenvolvimento do estudo observou-se que uma das subcategorias (*Transparência*) estava relacionada a duas categorias (Práticas de Trabalho e Desenho Organizativo), o que permitiu a sua análise sob mais de uma perspectiva. Ressalta-se, ainda, que uma das subcategorias, a *Relação Hospital/SESAB*, foi acrescentada durante a fase exploratória da análise.

Quadro 7: Categorias e critérios de análise da Capacidade de Gestão.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CRITÉRIOS DE ANÁLISE
<b>PERÍCIA DOS GESTORES</b>	<b>Competência/Habilidades</b>	Formação e/ou especialização na área de gestão e saúde.
		Experiência prévia em gestão em serviços de saúde/hospitalar.
		Capacidade de mobilizar recursos para o enfrentamento de problemas.
<b>PRÁTICAS DE TRABALHO</b>	<b>Agenda do gestor</b>	Agenda do gestor voltada para atividades importantes e não-urgentes.
		Foco da atenção do gestor voltado para as prioridades de gestão e para a missão da organização.
		Entorno do gestor contribuindo para a racionalização agenda do dirigente.
	<b>Processo decisório</b>	Processo decisório descentralizado / Participativo.
	<b>Planejamento</b>	Planejamento Estratégico Participativo.
	<b>Monitoramento/Avaliação</b>	Mecanismos formais de avaliação e monitoramento das metas.
	<b>Relação Hospital/SESAB</b>	Cumprimento Contratual.
		Fiscalização/Alcance das metas estabelecidas em contrato.
<b>Prestação de contas</b>	Sistematicidade da prestação de contas.	
<b>Transparência</b>	Divulgação de informações de interesse público.	
<b>DESENHO ORGANIZATIVO</b>	<b>Transparência</b>	Mecanismos formais de controle social.
	<b>Estrutura</b>	Coerência estrutural em relação à missão
	<b>Missão</b>	Formulação clara, personalizada e definida coletivamente.

Fonte: Adaptado de Matus (1997) e Lima (2003).

As entrevistas foram transcritas, após a sua realização, fidedignamente, às falas, eventuais interrupções e pausas.

Como técnica de análise utilizou-se a **análise de conteúdo**, a qual pode ser utilizada, dentre a multiplicidade de possibilidades, na análise de depoimentos de representantes de um grupo social para se levantar o universo vocabular deste grupo, sendo permitido, por meio desta técnica, “caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (GOMES, 2012, p.84).

De acordo com Santana e colaboradores (2010), até os anos de 1950 o aspecto quantitativo era predominante na análise de conteúdo, porém, têm sido introduzidos aspectos

qualitativos na aplicação desse método. A análise de conteúdo não é um método rígido. Essa etapa representa um conjunto de vias possíveis, nem sempre claramente balizadas, para a revelação do sentido de um conteúdo (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Minayo (2012) ainda discorre que, do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso, são relacionadas estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados.

Assim, tomando-se como referência Minayo (2010), a análise das entrevistas realizadas, neste estudo, constituiu-se em três momentos, não necessariamente excludentes, nem sequenciais, havendo, também, uma interpenetração entre eles:

- **Leitura Compreensiva do Material (Pré-Análise):** Composto-se pela “leitura flutuante”, neste momento houve o contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo conteúdo, buscando-se ter uma visão de conjunto e, ao mesmo tempo, apreender as particularidades presentes. Concomitante, foi feita uma relação com os objetivos da pesquisa, com o modelo teórico do estudo e com os quadros de análise, previamente construídos.
- **Exploração do material:** Neste momento, transformou-se as informações brutas em dados organizados, em uma planilha (Apêndice D), partindo da direção do que estava explícito para o implícito, de acordo com as categorias e subcategorias pré-estabelecidas, no quadro de análise. Ressalta-se que, nesse momento exploratório, identificou-se o surgimento de mais uma subcategoria, considerando-a como importante atributo da capacidade gerencial, dos hospitais publicizados. A partir dessa organização dos dados, após leituras consecutivas, identificou-se os núcleos de sentidos referentes aos critérios de análise, também, pré-estabelecidos.
- **Interpretação dos resultados:** Nesta fase foi feita a síntese interpretativa do material explorado, propondo-se interferência e interpretações previstas, no referencial teórico, e discussão, com base no acervo teórico pesquisado. A partir da ressignificação dos textos produzidos pela aproximação empírica, confrontou-se com os dados coletados, nos documentos, o que proporcionou a complementação das informações obtidas e sua contextualização. Esse procedimento do cruzamento de distintas fontes, obtidas por mais de uma técnica de coleta, permitiu à análise, superar as lacunas de sentido observadas nas entrevistas e, conseqüentemente, um maior enriquecimento da análise proposta, pela identificação de convergências, divergências, complementaridades e diferenças.

#### 6.4 Aspectos éticos

Foi solicitado à SESAB, via ofício, autorização para a realização da pesquisa “*Capacidade de gestão e o cuidado à saúde em uma Rede Hospitalar do SUS*” (Anexo B), da qual este estudo faz parte. A posteriori, o projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil, tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Com o parecer favorável, nº 864.183, em 10 de novembro de 2014 (Anexo A), iniciou-se o contato com os hospitais para a coleta de dados. Um hospital, o H1, exigiu a emissão, via e-mail, de um ofício de solicitação para a realização das entrevistas.

Cada gestor (a) foi contatado (a) previamente e informado (a) sobre a pesquisa mediante esclarecimento verbal, por parte da pesquisadora. Em concordância para a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E). Tomou-se como base a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), comprometendo-se com todos os princípios éticos nela contido.

## 7 RESULTADOS

### 7.1 Artigo 1

#### **PUBLICIZAÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR NO SUS: re-emergência das Organizações Sociais de Saúde**

Manoela Cerqueira Reis

Thereza Christina Bahia Coelho

#### **RESUMO**

O estado da Bahia foi um dos pioneiros na publicização da gestão hospitalar por meio de uma política de incentivo às Organizações Sociais de Saúde (OSS), sob o discurso de maior eficiência. A análise da incorporação das OSS à gestão dos hospitais estaduais, da Bahia, proposta por este estudo de caso, utilizou-se de documentos disponíveis em sites de domínio público e de entrevistas com gestores de hospitais publicizados e da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB). Um confronto entre os dados coletados por diferentes fontes permitiu a sua interpretação a partir do estabelecimento de categorias históricas e analítico-operacionais, evidenciando a ascensão das terceirizações, a partir de 1996, e a incorporação das OSS à cena hospitalar baiana, a partir de 2005, *pari passu* com o afrouxamento do Conselho Estadual de Saúde e do avivamento do discurso de maior resolutividade das publicizações, que seriam “quase como o Estado”. Para atender à nova política e afinar-se com o novo discurso governamental, empresas antes terceirizadas mudavam a sua personalidade jurídica para OSS, demonstrando um processo de privatização disfarçada, no bojo de um governo que sustentou discurso contrário a essa prática, antagônica aos princípios de seguridade da saúde, expressos na Constituição Federal.

**Palavras-Chave:** Gestão em Saúde; Gestão Hospitalar; Terceirização.

#### **ABSTRACT**

The state of Bahia has been a pioneer in publicization the hospital management through a policy of encouraging Health Social Organizations (OSS) under the discourse of greater efficiency. The analysis of the merger of OSS management of state hospitals, Bahia, proposed by this case study, we used documents available in the public domain sites and publicized interviews with hospital managers and the State Department of Health of Bahia (SESAB). A comparison between the data collected by different sources allowed its interpretation from the establishment of historical and analytical-operational categories, showing the rise of outsourcing, from 1996, and the merger of OSS to Bahia hospital scene from 2005, *pari passu* with the loosening of the State Board of Health and the biggest speech of revival of solving publicizações, that would be "almost like the state." To meet the new policy and tune up with the new government speech, outsourced companies before changed its legal personality to OSS, demonstrating a disguised privatization process in the wake of a government that

supported speech contrary to this practice, antagonistic to the principles of health security, expressed in the Constitution.

**Key Words:** Health management; Hospital Administration; Outsourced Services.

## INTRODUÇÃO

Na década de 1990, com a incorporação do repertório da escolha racional sob as vestes do novo institucionalismo, operada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), o Brasil iniciou a concretização das propostas reformadoras, estabelecidas pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Com o intuito de diminuir a responsabilidade do Estado na execução ou prestação direta de serviços e tornar mais “robusto” o seu papel de promotor e regulador, o PDRAE estabeleceu o Programa Nacional de Publicização, a fim de transferir a gestão de serviços públicos para entidades privadas sem, necessariamente, transferir a sua propriedade (MELO et al, 2009; COSTA, 1998; BRASIL, 1995; ANDREWS; KOUZMIN, 1998).

O processo de publicização ganhou relevância no cenário hospitalar, em meio à crise do setor que acometia todo o país, compreendendo, portanto, as novas modalidades de gestão indireta (GI), nos hospitais públicos. Desse modo, o Estado passara a se desresponsabilizar da execução direta das atividades administrativas, no setor hospitalar, culminando no reconhecimento e na valorização de um espaço público não-estatal, como ator na provisão de serviços públicos (GUIMARÃES et al., 2004).

O estado da Bahia foi um dos pioneiros na instituição dessas novas modalidades, através da Lei nº 7.027/97, que criou o Programa de Incentivo às Organizações Sociais (PIOS), sob o discurso de maior eficiência e qualidade dos serviços prestados à população. Nesse caso, o Estado transferiria a administração hospitalar para entidades privadas, sem fins lucrativos: as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Entretanto, por mudanças no cenário político, a gestão dos hospitais estaduais passou a ser executada, prioritariamente, por meio das terceirizações (PINTO, 2004).

Em 2003, com a atualização do Programa Estadual das Organizações Sociais, pela Lei nº 8.647/03, estas entidades foram incorporadas à gestão da Rede Hospitalar Própria (RHP) da Bahia e, ao longo de 10 anos, substituindo as terceirizações e ganhando novos espaços. Nesse panorama, a gestão hospitalar passou a ser orientada pela lógica privada, destacando-se a incorporação das OSS como importante evento no processo de publicização, no estado.

Ressalta-se que há uma escassez na literatura sobre o tema, o que não é congruente com a sua relevância. No tocante ao estado da Bahia, seu pioneirismo na criação da Lei das Organizações Sociais e incorporação progressiva das novas modalidades de GI da RHP, o torna especialmente apropriado ao estudo do processo de “publicização” da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, apesar de se constituir em fenômeno nacional, as marcantes diferenças entre os sistemas estaduais de saúde exigem a realização de estudos empíricos delimitados e coerentes com as especificidades estruturais e conjunturais loco-regionais (MACHADO, 2001). Dessa forma, este artigo tem por objetivos: descrever o processo da publicização da gestão hospitalar, bem como, analisar a incorporação das OSS no cenário da gestão dos hospitais estaduais, da Bahia, no período de 1995 a 2014.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e analítico, sobre a publicização da gestão hospitalar na Bahia, tendo sido desenvolvido em dois momentos.

No primeiro momento (agosto de 2013 a novembro de 2014), foi feita a caracterização da RHP da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), a partir da análise de documentos como: Atas das Reuniões do Conselho Estadual de Saúde (CES), do período de 2007 a 2014; Edital de Seleção para publicização do Hospital Professor Carvalho Luz (2012); Relatório de auditoria operacional do Tribunal de Contas da União, relativo à publicização para OSS; Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP); e, por fim, uma lista atualizada, disponibilizada pela SESAB, dos hospitais que compõem a RHP, sob gestão indireta, e suas respectivas instituições gestoras. Além disso, algumas informações foram obtidas em sites de domínio público (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e SESAB).

Os dados foram analisados através da extração de informações importantes, contidas nos documentos, permitindo a construção de um quadro para descrição dos eventos concernentes ao processo de publicização hospitalar no estado da Bahia, desde o governo de Paulo Souto, quando se deu início ao processo, até fins da gestão Jaques Wagner (Quadro 1).

Quadro 1: Descrição dos eventos concernentes ao processo de publicização hospitalar, no estado da Bahia, com relação às respectivas gestões estaduais.

<b>GESTÃO ESTADUAL</b>	<b>PERÍODO</b>	<b>PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO HOSPITALAR</b>
Paulo Souto	1995-1998	Criação das Organizações Sociais; Início das Terceirizações.
César Borges	1999-2002	Ascensão das Terceirizações.
Paulo Souto	2003-2006	Atualização do Programa Estadual de Organizações Sociais; Declínio das terceirizações e consolidação das OSS.
Jaques Wagner	2007-2014	Criação das Fundações Estatais; Crescimento das OSS na gestão hospitalar; Declínio das Terceirizações; Retomada da Parceria Público-Privada.

Fonte: Elaboração própria.

No segundo momento, foi desenvolvido o estudo de caso com foco no retorno das OSS e sua consolidação no cenário hospitalar baiano. A caracterização da RHP da SESAB, desenvolvida no primeiro momento desta investigação, proporcionou a seleção de três hospitais sob GI, para serem lócus desta pesquisa, baseada em convergências identificadas nas características de cada unidade, dando-se prioridade a hospitais gerais, sob diferentes modalidades jurídicas de gestão. Entretanto, diante da dificuldade em obter a anuência dos hospitais, para entrada em campo, o critério principal para a escolha foi a permissão para coleta de dados. Dessa maneira, foram selecionados dois hospitais geridos por OSS (pela mesma entidade gestora) e um hospital por terceirização.

Os sujeitos do estudo foram os gestores ocupantes dos cargos da alta direção dos hospitais, de acordo com o organograma vigente no momento da coleta de dados, que concordaram em participar da pesquisa, bem como, um Coordenador da Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta (DIRPGI) da SESAB, responsável pelo acompanhamento dos contratos com OSS e com empresas terceirizadas. A fim de assegurar o anonimato requerido, gestores, hospitais, e respectivas entidades que os geriam no momento desta investigação, foram nomeados com códigos (Quadro 2).

Quadro 2: Apresentação dos Códigos das Instituições, lócus do estudo, seus respectivos modelos de gestão, códigos das suas entidades gestoras e dos sujeitos do estudo.

HOSPITAL	MODELO DE GESTÃO	ENTIDADE GESTORA	GESTORES (AS)
H1	OSS	EO	Diretor Geral (DG1) Diretor Administrativo (DA1)
H2	OSS	EO	Diretor Geral (DG2) Diretor Administrativo (DA2)
H3	Terceirização	ET	Diretor Geral (DG3)
SESAB/DIRPGI	-	-	Coordenador (CGI)

Fonte: Elaboração própria.

Cada gestor foi contatado previamente e informado sobre a pesquisa mediante esclarecimento verbal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se os princípios éticos e legais da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Como técnica para coleta de dados, utilizou-se, neste segundo momento, de entrevistas semi-estruturadas, com o auxílio de recurso eletrônico para gravação de voz, nos meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015. A análise se deu a partir da construção de um quadro de análise (Quadro 3), tomando como base os eventos descritos no Quadro 8, a partir do objetivo proposto, adotando-se categorias históricas e analítico-operacionais.

Quadro 3: Categorias históricas e analítico-operacionais da incorporação das OSS ao cenário hospitalar baiano.

CATEGORIAS HISTÓRICAS	CATEGORIAS OPERACIONAIS DE ANÁLISE
Criação das Organizações Sociais	Discurso Governamental Aspectos Jurídicos Atuação do CES
Ascensão das Terceirizações	Discurso Governamental Aspectos Jurídicos Atuação do CES Processo Contratual com as Entidades Gestoras
Consolidação das OSS e declínio das terceirizações	Discurso Governamental Aspectos Jurídicos Atuação do CES Atuação do CONGEOS Processo Contratual com as Entidades Gestoras Processo de transição de modelo jurídico: das Terceirizações para OSS

Fonte: Elaboração própria

A análise das entrevistas transcritas e dos documentos obtidos foi realizada com o auxílio da técnica de Análise Crítica do Discurso focalizada e guiada pelos objetivos da pesquisa, em acordo com o quadro de análise que incorpora categorias do materialismo

histórico e a noção de discurso. Aos diferentes grupos sociais em suas relações políticas e ideológicas correspondem diferentes discursos políticos, tais como o discurso liberal, conservador ou social-democrata, dentre outros. O discurso, desse modo, é aqui entendido como texto e prática discursiva referente a instituições que situam e limitam, historicamente, o evento discursivo (FAIRCLOUGH, 2005; 1995).

Este artigo é produto de uma dissertação de mestrado, desenvolvida no período de 2013 a 2015, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana, em 2014.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O resgate histórico do processo de publicização da rede hospitalar pública forma uma linha do tempo que tem como base as iniciativas que permeiam a Reforma de Estado (RE) no Brasil, levada a cabo na década de 90. As mudanças políticas que frearam, momentaneamente, esse processo, o fez reviver e tomar corpo, de forma discreta e incremental, ainda nos primeiros anos do governo “esquerdista” do presidente Luís Inácio da Silva, sendo reverberado no governo do estado da Bahia com a re-emergência das OSS, no seu cenário hospitalar.

### **O processo da criação das Organizações Sociais de Saúde na Bahia**

A proposta de criação de um novo modelo organizacional (as Organizações Sociais) no estado da Bahia, foi introduzida no governo de Paulo Souto, em 1995. Indicado para suceder Antônio Carlos Magalhães (ACM), Paulo Souto assumiu o governo da Bahia alicerçado pelas ideias reformistas, já introduzidas no cenário baiano pelo seu antecessor, e reafirmou as características da trajetória política “Carlista” (BAHIA, 2002; DANTAS NETO, 2003).

A agenda de RE foi imprimida no cenário nacional pelo governo de FHC, com a implantação do PDRAE, pelo então ministro Bresser Pereira, e seguida à risca pelo governo da Bahia. A proposta era de um novo gerencialismo público, que balizaria a busca por novas alternativas de gestão para garantir eficiência e modernização da “máquina administrativa” (PINTO, 2004; BAHIA, 2002). No setor da saúde, especificamente, buscava-se por modelos modernos e eficientes de gestão organizacional, que fortalecessem parcerias com o setor

privado, transferindo-lhe a responsabilidade na execução de serviços e restringindo a produção estatal a serviços “básicos” (BAHIA, 2004a; PINTO, 2004; COSTA, 1998).

Em consonância com as propostas elaboradas pelo PDRAE, e em meio à grave crise hospitalar que se instalara no estado da Bahia, o processo de modernização se deu a partir da criação das OSS, para responsabilização pela gestão dos hospitais da rede estadual, o que desencadeou uma série de conflitos (PINTO, 2004). Em 1996, este foi o tema central do CES: discutiam-se as alternativas para o problema da gestão dos hospitais estaduais diante de um certo “descrédito” da equipe do governo, na manutenção da gestão estatal direta dessas unidades. Em meio a posições divergentes acerca do modelo de gestão ideal, “bateu-se o martelo” na proposta do governo que daria uma resposta rápida e coerente com o programa de modernização (BAHIA, 2002).

A *posteriori*, em janeiro de 1997, foi promulgada a Lei Estadual nº 7.027, que instituiu o PIOS na Bahia, tendo por objetivo “fomentar a absorção de atividades que, por força de previsão constitucional, já vinham sendo exercidas também pelo setor privado, pelas Organizações Sociais” (BAHIA, 1997a). Esta lei foi regulamentada em junho, deste mesmo ano, pelo decreto nº 6.480 e, em novembro, pelos decretos nº 7.007 e 7.008 (BAHIA, 1997b; 1997c; 1997d). Mas, no Congresso Nacional, a Medida provisória (MP) nº 1.591/97, também causou amplos debates, sendo transformada na Lei nº 9.637, em 1998 (BRASIL, 1997; 1998). Esta última, além de dispor sobre a qualificação das Organizações Sociais, instituiu o Programa Nacional de Publicização e extinguiu órgãos federais, que tiveram suas funções absorvidas pelas novas entidades.

Como pode ser percebido, a Lei das Organizações Sociais, na Bahia, foi instituída, até mesmo, antes da Lei Federal, destacando o protagonismo do estado na criação e posterior incorporação dessas entidades. O modelo alternativo de gestão adotado pela Bahia diferenciava-se da iniciativa dos outros estados, à medida que, guardava características mais consoantes à MP 1.591/97, onde não se objetivava, apenas, a terceirização da saúde, mas uma parceria com a iniciativa privada (nesse caso, as OSS, sem fins lucrativos) com uma maior amplitude (GONÇALVES, 1998).

Porém, a promulgação das leis estadual e federal não foi suficiente para que as OSS fossem incorporadas, definitivamente, à gestão hospitalar, na Bahia. A discussão e movimentação política no CES, nas universidades, sindicatos e em outros setores da sociedade, apontavam para fragilidades e irregularidades jurídicas. Além do que, havia insatisfação em outros organismos de controle social do SUS e preocupação com o rumo do processo, em vários setores, inclusive, dentro da própria SESAB (PINTO, 2004).

Debatia-se a inconstitucionalidade e ilegalidade das publicizações, visto que, as instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, deveriam participar do SUS de forma complementar (BRASIL, 1988). Porém, na prática, a intenção do Estado seria “entregar” suas unidades hospitalares, prédios, móveis, equipamentos, recursos públicos, para a iniciativa privada, que passaria a dispor dos mesmos, como se seus fossem, recebendo, em contrapartida, recursos públicos, gerindo-os como particulares (GONÇALVES, 1998).

Ainda em 1998, um artigo sobre a qualificação das OSS, como um ato do poder público, criticou a subjetividade presente no texto da lei que delega para o órgão executivo a decisão sobre a conveniência e oportunidade da entidade a ser qualificada, sem estabelecer critérios objetivos para esta qualificação, o que os autores chamaram de “descompasso entre o interesse que deveria ser juridicamente protegido pela Lei e a sua redação final” (BAHIA; CARVALHO, 1999, p.143).

Nesse contexto, vários movimentos foram desencadeados. Ressalta-se uma ação civil pública contra o Estado, pelo Ministério Público, durante o processo de tentativa da publicização do Hospital Geral Roberto Santos, em Salvador, frente ao descontrole do Estado sobre o novo modelo de gestão: o próprio diretor do hospital era quem dirigia a OSS, candidata à seleção pública, o que beneficiava, diretamente, pessoas vinculadas à administração pública (PINTO, 2004).

Assim, mudou-se o rumo da GI na Bahia. Como os holofotes estavam voltados para o receio, ilegalidades e inconstitucionalidade das OSS, a partir de 1996, a terceirização passou a ser a principal modalidade de gestão, dos hospitais públicos estaduais.

### **A ascensão da terceirização na gestão dos hospitais públicos estaduais**

O debate em torno do modelo de gestão encampado pela OSS se deu no seio da PDRAE, como foi dito, e da reforma administrativa levada a cabo pelo governo estadual, a partir de 1998. Naquele momento, a contratação de serviços era preferencial para grandes e tradicionais instituições filantrópicas do estado, enquanto as relações com as entidades de representação civil se davam de maneira formal e pouco participativa. O CES funcionava mais como órgão interno, sem qualquer autonomia, pois sua agenda era determinada pelo presidente do Conselho, que era o próprio secretário de saúde (COELHO, 2001).

Desse modo, em meio aos embates políticos e jurídicos em torno do modelo alternativo a ser adotado pelo estado, na sua desresponsabilização da prestação direta dos serviços de saúde, a SESAB optou por investir, principalmente, na terceirização da gestão

hospitalar (BAHIA, 2002). A terceirização é bastante semelhante ao modelo das OSS, porém, a gestão é transferida para uma empresa privada, com fins lucrativos (MACHADO, 2001).

De acordo com a visão da SESAB, esta opção surgiu pela concepção de que o sistema de serviços públicos não poderia dar conta das demandas que se impunham ao sistema de saúde. Considerava-se que “esse era o caminho para a busca por maior flexibilidade e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde no âmbito hospitalar” (BAHIA, 2002, p. 103). Além disso, a estabilidade dos funcionários públicos, a má remuneração, a falta de incentivo, a falta de conforto no trabalho, dentre outros, constituíam os principais motivos registrados, pelo governo (KEINERT et al., 2006).

Numa entrevista cedida ao jornal “Folha de São Paulo”, em 2000, o ex-secretário de saúde, José Maria de Magalhães Netto, justificou o novo rumo da gestão hospitalar, na Bahia, diante da exaustão da gestão estatal. Para ele, a terceirização permitiria uma maior flexibilização para contrato e demissão de funcionários. Por sua vez, o custo seria menor e a eficiência bem maior (MAGALHÃES NETTO, 2000).

As terceirizações, na Bahia, eram alicerçadas pela Lei 8.666/93, que estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a serviços, no âmbito dos poderes concernentes aos quatro entes: União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 1993). Porém, de acordo com o relatório de auditoria operacional do TCU (2012), o contrato administrativo deveria ser utilizado para a aquisição de serviços de saúde, não para a terceirização da gestão de unidades de saúde próprias (BRASIL, 2012). Dessa maneira, as terceirizações foram se “apossando” da gestão indireta, nos hospitais da RHP da SESAB, sem uma legislação que autorizasse, de fato, esse tipo de contrato.

Como precursor desse processo, destaca-se o hospital de Ibotirama, localizado no oeste do estado, palco para experimento da GI na Bahia, em 1996. O município sediava um hospital, com 50 leitos, que foi construído em 1993, porém, não funcionava por falta de funcionários (KEINERT et al., 2006). Diante disso, optou-se pela tentativa da publicização da gestão do hospital para uma OSS. Não obstante, frente aos entraves políticos e judiciais e dificuldades de operacionalização dessa modalidade, a alternativa foi abrir um edital de concorrência pública da gestão, para terceirização (BAHIA, 2002; KEINERT et al., 2006).

Ainda em 1996, foi firmado o primeiro contrato formal para gestão hospitalar terceirizada, em Salvador, Bahia. Ao contrário do que se observou no processo de criação das OSS, não há registros nas atas das reuniões do CES, da época, no que diz respeito às posições contrárias à terceirização da gestão dos hospitais, apenas receio da parte dos sindicatos dos

profissionais de saúde e de outras categorias, por perdas, consequentes, de postos de trabalho para o funcionário público (BAHIA, 2002).

Para o atual diretor geral do H1, ex-diretor do H3, a experiência pioneira da cidade de Ibotirama, foi o ponto de partida para todas as outras posteriores, diante do sucesso gerencial em apenas seis meses. A empresa contratada, a ET, trazia para a área pública a experiência de gestão hospitalar de uma OSS, filantrópica, já estabelecida no cenário da gestão hospitalar e de uma importante empresa do ramo da construção civil.

Desse modo, em 2001, havia 12 unidades hospitalares administradas pela iniciativa privada, sob o contrato jurídico por terceirização, distribuídos em 10 municípios do estado (Quadro 4). Destas unidades, seis estavam sob a gestão de uma única empresa, sob a justificativa da SESAB de que, além de possuir, na época, uma experiência acumulada em gestão hospitalar, essa empresa investia em novas formas de organização de trabalho, permitindo a operacionalização com custos otimizados (BAHIA, 2002). Porém, destaca-se que o processo para essa modalidade de publicização é feito por licitação, prevalecendo, portanto, a orientação do menor preço, o que coloca aquela justificativa em suspeição (BRASIL, 1993).

Quadro 4: Hospitais estaduais, sob gestão indireta, as respectivas empresas gestoras e ano de início do contrato, no período de 1996 a 2001.

<b>ANO INÍCIO CONTRATO</b>	<b>EMPRESA GESTORA</b>	<b>HOSPITAL</b>
1996	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Eládio Lassère
1997	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital Regional de Ibotirama
1997	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital Professor Carvalho Luz
1998	Castro e Lopes Ltda	Hospital Geral de Guanambi
1998	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital de Paulo Afonso
1998	Empresa Médica de Paramirim Ltda.	Hospital de Paramirim
1999	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital de Porto Seguro – Luiz Eduardo Magalhães
1999	Castro e Lopes Ltda.	Hospital Eurídice Santana – Santa Rita de Cássia
2000	Empresa Médica de Paramirim Ltda	Hospital Castro Alves
2000	Castro e Lopes Ltda.	8º Centro de Saúde – Unidade de Emergência de São Caetano
2000	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital Geral de Itaparica
2001	Castro e Lopes Ltda.	Hospital Luiz Eduardo Magalhães Mairi

Fonte:Elaboração própria, a partir de informações extraídas de Bahia (2002) e Keinert et al (2006).

Bahia (2002) expôs um resultado importante na redução de custos hospitalares, com a terceirização, além de excelente satisfação dos usuários desses hospitais. Destaca-se a obtenção do prêmio ISO 9002, ao H1, em 2000. Elogios não foram poupados ao governo frente aos dados divulgados e aos estudos comparativos entre a eficiência de hospitais sob gestão direta (GD) e indireta, nas gestões de Paulo Souto e César Borges. Porém, o “sucesso” das terceirizações, incorporadas à gestão do SUS, ao longo de um decênio (1996 a 2006), ainda era questionado e discutido em diversos setores da sociedade, principalmente pela oposição política (BAHIA, 2002).

Percebe-se ao longo da reforma gerencial, especificamente, na Bahia, argumentos contrários e favoráveis às OSS, influenciados por visões ideológicas dos grupos políticos em disputa, tanto daqueles contra, quanto dos que defendiam o modelo (BRASIL, 2012). Esses argumentos respaldavam tanto os discursos do sucesso da implantação das OSS, quanto os que relativizam o sucesso do empreendimento, levantando seus verdadeiros custos ao tesouro público.

Em 2003, com a entrada do Partido dos Trabalhadores (PT) na condução do governo central, as OSS entraram em cena, novamente, a partir da Lei Estadual nº 8.647/03, que atualizou o Programa Estadual de Organizações Sociais e, do Decreto nº 8.890/04, dando-lhe nova regulamentação (BAHIA, 2003; 2004). As terceirizações, a partir de então, foram perdendo espaço para as OSS, sendo estabelecido, em 2005, o primeiro contrato com OSS, na Bahia.

### **Consolidação das OSS no cenário hospitalar baiano: “É como se fosse o estado”**

[...] a nossa tendência, que vem acontecendo nesses últimos oito anos é a gente diminuir os contratos terceirizados, e partir *pra* os contratos com OSS. O que se pretende é ganhar eficiência de gestão. E hoje o caminho é esse... pode não ser o definitivo ou o melhor. O Estado precisa experimentar inúmeras formas de gestão e nisso o estado da Bahia é interessante, porque ele tem feito! Tem se arriscado!(CGI).

Em 2007, a Bahia experimentou a “oposição” no poder, após 16 anos de uma trajetória política carlista. Jaques Wagner assumiu o governo do estado, permanecendo por oito anos. Nessa gestão, o secretário estadual de saúde foi o médico, especialista em saúde pública, Jorge Solla, que disseminou, durante os primeiros anos da sua gestão, discursos contrários à política reformista do governo anterior. Em uma entrevista cedida à revista Luta Médica, em

2007, Solla criticou a política das terceirizações do governo de Paulo Souto, as quais eram implementadas “com critérios nebulosos, sem transparência e controle social” e defendeu a criação de “fundações estatais” para aperfeiçoar a gestão das unidades hospitalares, no setor público (SOLLA, 2007, p.6).

Após nove meses de “governo Wagner”, a situação encontrada na gestão da saúde, na Bahia, foi apresentada na 134ª Reunião Ordinária do CES: piores indicadores de saúde da Região Nordeste; terceirização de grande parte da rede pública hospitalar estadual; vários contratos apresentando irregularidades; fragilidade dos mecanismos de gestão (BAHIA, 2007a).

Nesse sentido, era preciso colocar em prática os mecanismos inovadores de gestão, a que Solla se referira, sem repetir “os critérios nebulosos” da gestão passada. Isso foi evidenciado num discurso do ex-secretário, no início da sua gestão, em que desconsiderou a existência de uma única alternativa para a gestão da rede hospitalar e apontou que, nos casos em que o diagnóstico da gestão hospitalar evidenciasse prejuízo para a atenção à população e inadequada relação custo/benefício, os contratos seriam rescindidos ou não renovados. E onde os contratos apresentassem boa prestação de serviços e adequação financeira, poderiam ser mantidos ou renovados, como ocorreu com o Hospital Santa Thereza, em Ribeira do Pombal, que vinha sendo administrado por uma OSS. Explanou, ainda, o absurdo de se cobrar dos hospitais sob GD, eficiência e resultados positivos, com baixa alocação de recursos financeiros e empregar parâmetros diferenciados, com maior volume de financiamento, quando a gestão era terceirizada, denunciando isso como a “tônica do governo passado” (SOLLA, 2007).

Em 2008, o cenário da gestão hospitalar estadual estava bem diferente de quatro anos atrás: 13 unidades sob GI e 27 unidades sob GD. Ressalta-se que 80% dos hospitais de grande porte estavam sob a GD do Estado (BAHIA, 2009). Em 2009, a RHP da SESAB contava com 11 hospitais sob GI, sendo quatro por terceirização e sete por OSS (Quadro 5).

Quadro 5: Relação dos Hospitais que compunham a RHP da SESAB sob gestão indireta, seus modelos jurídicos de gestão e as respectivas instituições gestoras, 2009.

UNIDADE	MODELO DE GESTÃO	INSTITUIÇÃO GESTORA
Hospital Eladio Lassérre	Indireta – Terceirização	SM (Em ampliação)
Hspital Carvalho Luz	Indireta – Terceirização	SM
Emergência São Caetano	Indireta – Terceirização	DMX
Hospital de Itaparica	Indireta – Terceirização	SM
Hospital do Oeste – Barreiras	Indireta – OS	OSID
Hospital Santa Rita de Cassia	Indireta – OS	OSID
Hospital Castro Alves	Indireta – OS	APMI
Maternidade de Referência	Indireta – OS	Santa Casa de Misericórdia
Hospital de Porto Seguro	Indireta – OS	Monte Tabor (Em seleção para nova OS)
Hospital de Alagoinhas	Indireta – OS	Monte Tabor
Hospital de Ribeira do Pombal	Indireta – OS	Fundação José Silveira

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos de Bahia (2009).

A tendência das OSS estava se confirmando. De acordo com CGI, a publicização da gestão para OSS, seria mais vantajosa para o estado, visto que, a terceirização visaria lucro, o que iria requerer o pagamento de uma taxa administrativa. Para a gestora, o acordo estabelecido entre uma OSS e o estado aproximava-se mais de um convênio do que de um contrato, de fato:

[...] a gente tem visto que para o Estado isso é mais vantajoso, porque o terceirizado, pela própria natureza do contrato, ele quer lucro! Por isso, a própria lei autoriza que ele cobre uma taxa de administração que varia até 20% do valor do contrato. Os contratos com OSS, na verdade eles têm uma natureza de convênio. Então **é como se o próprio Estado estivesse na gestão desses hospitais**. E as OSS não podem, não devem, ter lucro nem prejuízo (CGI).

Entretanto, apesar do discurso atual ser de que a OSS: “é como se fosse o Estado”, há, na prática, uma “transferência da gestão de serviços e atividades não exclusivas do Estado para o setor público não-estatal”, como o próprio conceito de publicização explícita (BAHIA, 2004a), sob o estabelecimento de um contrato de gestão.

Já os diretores gerais do H1 e H2, trataram da diminuição dos contratos terceirizados por uma decisão do Ministério Público, frente à ilegalidade das terceirizações da gestão hospitalar, ratificando a tendência da gestão hospitalar, na Bahia, para OSS e, também, PPP.

No âmbito jurídico, discutia-se, ainda, se o processo de publicização, tanto por OSS, quanto por terceirização, feria os princípios constitucionais, ou não. O Art.197 da Constituição Federal prevê a participação da iniciativa privada de forma complementar, na execução de ações, quando a capacidade instalada do Estado (prédios, equipamentos, corpo médico, instalações, etc.) for insuficiente para atender à demanda, no sentido de auxiliar o Estado no atendimento à população (GONÇALVES, 1998). Para essa participação, dá-se preferência, pelas regras vigentes, às entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos (BRASIL, 1988). Mas a participação da iniciativa privada foi prevista para o “atendimento” à população, não para a gestão de instituições públicas.

No caso específico das terceirizações, determinou-se, através da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923/DF, a ilegalidade dos contratos de duas empresas, dentre elas, a ET, contratada para gerir quatro hospitais, inclusive, o H1 e o H3, além de outras ilegalidades, referentes à publicização hospitalar.

Unia-se, então, o que era vantajoso para o Estado à tentativa de “amenizar” a inconstitucionalidade. Em 2009, mais um hospital foi entregue à gestão particular. O H2, que levou 18 anos para concluir a sua construção, foi inaugurado em dezembro de 2009, já sob a gestão de uma OSS, a EO. Segundo a CGI, em consonância com a Lei Estadual nº 8647/03, para que ocorra este tipo de publicização, devem-se seguir determinados trâmites.

A decisão de um hospital ser ou não gerido por uma OSS era feita, normalmente, pelo gabinete do secretário de saúde, que pensava as políticas estratégicas, e as definia junto com as diretorias. Uma vez definido que haveria a publicização, era construído um projeto, que nada mais era do que o estudo da unidade. Ou podia ser que a unidade acabasse de ser construída, como era o caso do H2. Nesse caso, o projeto de publicização era feito com base nos estudos epidemiológicos e comparativos com outras unidades do mesmo perfil. Esse projeto deveria conter propostas, metas, riscos e uma estimativa do recurso necessário para operar aquela unidade. Uma vez construído, deveria ser submetido ao Conselho de Gestão das Organizações Sociais (CONGEOS), composto por secretários de todas as secretarias que têm contratos com Organizações Sociais e também representantes da Sociedade Civil. E, por uma determinação do TCU, deveria ser submetido, também, à apreciação do CES (CGI; BAHIA, 2003; BRASIL, 2012).

De acordo com CGI, o CES sempre foi favorável às publicizações, ao longo de todo o processo. Entretanto, na 135ª Reunião Ordinária do CES, em 2007, uma conselheira, que no momento estava como suplente do CONGEOS, explanou a falta de conhecimento de muitos conselheiros do CES sobre o CONGEOS e, ainda, deliberações que não ocorreram no CES:

[...] Está aqui relatórios que todos os hospitais que nos governos anteriores começaram a investir nessa forma de gestão [Referente à OSS], mas o governo atual não conseguiu ainda barrar como gostaríamos. [...] tem aqui a renovação de contratos que não passou por este Conselho, uma minuta de renovação de contrato do Monte Tabor com relação ao Dantas Bião que a perspectiva era de ser municipalizado e esse relatório tem uma minuta e não tem nosso conhecimento. Se o município não aceitou e não houve discussão, então como é que aqui já tem uma minuta de renovação de contrato? (BAHIA, 2007, p.15).

No caso do H2, também não havia registros nas atas do CES sobre a deliberação da sua publicização. Esse assunto foi abordado por Solla, na 154ª Reunião Ordinária, em 2009, ao responder a uma conselheira sobre a existência do CONGEOS, ainda questionada, e sobre a possibilidade do H2 ser gerido por uma Fundação Estatal:

[...] Infelizmente, vamos ter que abrir o H2 fazendo contrato de OSS, porque o nosso projeto original era que o H2 viesse a ser o primeiro hospital público na Bahia com Fundação Estatal [...]. No marco atual, hoje nem a Secretaria Estadual, nem a Universidade Federal do Recôncavo, não tem como assumir esse hospital na GD. A única alternativa para que coloquemos esse hospital em operação neste momento é fazer uma seleção de OSS. Realmente, não tivemos alternativa, infelizmente, [...] mas tenho certeza que iremos superar as adversidades (BAHIA, 2009, p. 16).

*A priori*, a criação das Fundações Estatais para a administração de hospitais públicos, na Bahia, era política prioritária no governo de Jaques Wagner, na “desprivatização” da saúde herdada do governo anterior, sob o discurso de maior autonomia, flexibilidade e participação do controle social. Para Solla, as fundações teriam uma capacidade gerencial que a GD não tinha e que, em parte, as OSS possuíam. O grande problema com as OSS não seria o fato de não fazerem parte da administração pública ou serem frágeis em termos de controle social, mas de funcionarem mal. Esta foi a justificativa do secretário para a criação das Fundações Estatais, desconsiderando as OSS como modelo alternativo, adequado, para a rede hospitalar (SOLLA, 2009).

Estranhamente, em dezembro de 2009, na seleção pública para publicização do H2, a EO foi qualificada como OSS e assumiu a gestão do hospital. O valor investido neste processo foi de R\$ 5.355.068,40, completamente díspar ao que se investe na aquisição de equipamentos para hospitais sob GD (BAHIA, 2011).

Em 2011, foi feito um comparativo, no CES, com relação ao investimento do governo, nos hospitais que seriam publicizados. Apesar de Solla ter denunciado na 11ª Conferência

Nacional de Saúde, no ano de 2000, que 80% dos recursos do SUS eram transferidos para o setor privado, na sua gestão não estava muito diferente (BAHIA, 2011). Constatou-se que, no ano de 2011, foram aplicados R\$ 498,4 milhões para administração das 18 unidades hospitalares e ambulatoriais. Nas 23 unidades sob GD foram provisionados R\$ 184 milhões, sem contabilizar o pagamento da folha de pessoal (BAHIA, 2012). Como a folha de pessoal, segundo a Lei de Responsabilidade Fiscal, não deve ultrapassar 50% do gasto com custeio, pode-se estimar o gasto com as unidades diretas em cerca de 370 milhões, o que estaria bem abaixo do gasto com a GI.

Sabe-se que a EO é do mesmo grupo da ET, empresa que iniciou a terceirização da gestão hospitalar na Bahia, predominando por alguns anos. Em 2012, dois dos hospitais que estavam sob a gestão da ET, o H1 e um outro hospital do interior da Bahia, passaram a ser geridos pela EO. Também não se tem registros, nas atas do CES, sobre o processo de publicização desses hospitais para OSS, nem da “migração” da gestão desses hospitais da ET (terceirização) para EO (OSS).

Quando questionados a respeito da homogeneidade da EO e ET, os gestores dos hospitais negaram a existência disso. Afirmaram que, apenas, a EO surgiu “dos saberes” da ET. Porém, em diversos momentos, durante as entrevistas, deixaram isso explícito:

Nós somos os primeiros em gestão hospitalar, na Bahia [...]. A EO surgiu pela vontade de algumas pessoas que são da ET, em ter um instituto. [...] Ora, a EO, tem os saberes que migraram e que foram absorvidos e aprimorados pela ET (DG1).

Nós temos uma PPP com outra empresa, totalmente diferente desse contrato... A EO surgiu da ET. A ideia era a continuidade disso (DG2).

Santos (1998) denunciou esse processo como uma espécie de fraude à Constituição, à medida que, o Programa de Publicização permitia que entidades pré-existentes fossem travestidas em OSS, por meio de uma ação “entre amigos”. Além disso, constatou-se, também, que o quadro de diretores dos hospitais, que antes eram geridos pela ET e agora pela EO, era o mesmo, existindo, apenas em alguns casos, a permuta do diretor de um hospital para outro.

Até o ano de 2014, o grupo ET/EO administrava cinco hospitais estaduais, na Bahia, dos 18 que compunham a rede própria, sob GI. A RHP da SESAB era composta por 41 hospitais. Destes, 23 estavam sob a GD do estado, 15 geridos por OSS, dois por terceirização e um por PPP (Quadro 6).

Quadro 6: Relação dos Hospitais que compõem a RHP da SESAB, seus modelos jurídicos de gestão e as respectivas Instituições gestoras, 2015.

<b>HOSPITAL</b>	<b>MODELO DE GESTÃO</b>	<b>INSTITUIÇÃO GESTORA</b>
	<b>CAPITAL</b>	
Hospital Geral Roberto Santos	Direta	SESAB
Hospital Geral do Estado	Direta	SESAB
Hospital do Subúrbio	Indireta – PPP	Prodal Saúde
Hospital Couto Maia	Direta	SESAB
Hospital Prof. Carvalho Luz	Indireta – OSS	IFF
Hospital Eládio Lassérre	Indireta – Terceirização	SM – Gestão Hospitalar
Hospital Manoel Victorino	Indireta – OSS	IBDAH
Hospital Especializado Octávio Mangabeira	Direta	SESAB
Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira	Direta	SESAB
Hospital São Jorge	Indireta – OSS	Obras Sociais Irmã Dulce
Hospital Especializado Mário Leal	Direta	SESAB
Hospital Geral João Batista Caribé	Direta	SESAB
Hospital Geral Menandro de Faria	Direta	SESAB
Hospital Ernesto Simões Filho	Direta	SESAB
Hospital Especializado Dom Rodrigo de Menezes	Direta	SESAB
	<b>INTERIOR</b>	
Hospital Geral do Oeste – Barreiras	Indireta – OSS	Obras Sociais Irmã Dulce
Hospital Geral Clériston Andrade – Feira de Santana	Direta	SESAB
Hospital Luís Eduardo Magalhães – Porto Seguro	Indireta – OSS	Monte Tabor
Hospital Regional Dantas Bião – Alagoinhas	Indireta – OSS	Monte Tabor
Hospital Geral Sta Tereza - Ribeira do Pombal	Indireta – OSS	Fundação José Silveira
Hospital Especializado Lopes Rodrigues – Feira de Santana	Direta	SESAB
Hospital de Ibotirama – Ibotirama	Indireta – Terceirização	SM - Assessoria Empresarial e Gestão
Hospital Eurídice Santana – Santa Rita de Cássia	Indireta – OSS	Obras Sociais Irmã Dulce
Hospital Geral Deputado Luís Eduardo Magalhães – Mairí	Indireta – OSS	PRÓ-Saúde
Hospital Regional de Castro Alves – Castro Alves	Indireta – OSS	APMICA
Hospital Regional de Juazeiro – Juazeiro	Indireta – OSS	IMIP
Hospital Geral Luís Viana Filho - Ilhéus	Direta	SESAB

QUADRO 13. Relação dos Hospitais que compõem a RHP da SESAB, seus modelos jurídicos de gestão e as respectivas instituições gestoras, 2015 (Continuação).

<b>HOSPITAL</b>	<b>MODELO DE GESTÃO</b>	<b>INSTITUIÇÃO GESTORA</b>
	<b>INTERIOR</b>	
Hospital Geral Prado Valadares - Jequié	Direta	SESAB
Hospital Regional de Guanambi – Guanambi	Direta	SESAB
Hospital Regional de SAJ - Stº Ant. de Jesus	Indireta – OSS	IFF - Instituto Fernando Filgueiras
Hospital Geral de Vit. da Conq. – Vit. da Conquista	Direta	SESAB
Hospital Estadual da Criança – Feira de Santana	Indireta – OSS	IMIP - Instituto de Medicina Legal Prof.
Hospital Geral de Camaçari	Direta	SESAB
Hospital Geral de Jeremoabo - Jeremoabo	Direta	SESAB
Hospital Geral de Ipiaú - Ipiaú	Direta	SESAB
Hospital Psiq. Afrânio Peixoto - Vit. da Conquista	Direta	SESAB
Hospital Geral de Itaparica – Itaparica	Indireta – OSS	IFF - Instituto Fernando Filgueiras
	<b>MATERNIDADES</b>	
Maternidade José Maria de Magalhães Netto	Indireta – OSS	Santa Casa de Misericórdia da Bahia
Maternidade Tysilla Balbino	Direta	SESAB
Instituto de Perinatologia da Bahia – IPERBA	Direta	SESAB
Maternidade Albert Sabin	Direta	SESAB

Fonte: Elaboração própria, a partir de informações cedidas pela Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta (DRPGI) – SESAB; Bahia (2013).

De acordo com CGI, até março de 2015, os dois únicos contratos por terceirização não seriam mais renovados e haveria seleção pública destes hospitais para publicização por OSS. Mas qual seria a motivação, o interesse, de uma empresa privada gerir um hospital público, sem fins lucrativos? Para a CGI estas empresas pleiteiam “prestígio perante a sociedade”. Para os diretores dos hospitais, uma questão de “amor”, “vocaçãõ”, “identificação”, “envolvimento”, “desafio”.

Eu amo o que eu faço! E... Minha gestão eu não levo como esforço. Isso é um aprendizado (DG1).

[...] eu acho que é justamente o envolvimento... Eu não me vejo dentro de um rede privada. [...] acho que é mais questão de identificação com o serviço, entendeu? E essa identificação, só ocorre mesmo quando a gente trabalha com os menos favorecidos. E assim, uma OSS ela tem a capacidade de trazer pra esse universo público o que aprendeu do privado. É como se fosse uma missão (DA2).

Porém, além de toda a motivação abstrata, observou-se, também, uma motivação financeira. Apesar dos contratos com as OSS não contemplarem a taxa administrativa, como nos contratos terceirizados, havia remuneração para o quadro da diretoria. Além da segurança estabelecida com o estado, conforme explanado por DG2.

Primeiro, que a OSS não tem lucro, mas os diretores podem ser remunerados. Eles têm um teto de remuneração limitado a 70% do valor de um desembargador. [...] O que ela pode é remunerar a sua diretoria que trabalha. [...] aqui você tem garantias como, uma OSS não pode ir à falência, porque ela só vai à falência se for caracterizada má gestão [...] se faltar algum recurso, o governo tem que aportar esse recurso para garantir a sobrevivência da instituição (DG2).

Segundo Gonçalves (1998), a maioria das OSS que não dispõem de qualquer patrimônio ou estrutura hospitalar, ao efetuarem contratos (e não convênios) com o Estado, estariam atrás de benefícios pessoais para seus associados e, de servidores públicos, passariam a gestores da coisa pública (sem licitação ou concurso), obtendo salários melhores e outras vantagens. Vantagens estas que motivariam as empresas gestoras de hospitais com fins lucrativos, a assumir a gestão desses hospitais, sob contrato por OSS, mediante recebimento de uma taxa administrativa.

Sabe-se que, além dos interesses econômicos e particulares envolvidos, o retorno do modelo das OSS, no bojo de um governo que sustentou discurso contrário às práticas de privatização, seja de bens, seja da gestão dos bens, envolve outras questões políticas mais

amplas que balizam a continuidade de discursos e práticas na gestão pública, antagônicas aos princípios que expressam o verdadeiro desejo da sociedade brasileira e que se encontra claramente expresso na sua constituição: “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apresentaram a implantação “pioneira” das OSS na gestão da rede hospitalar do SUS, na Bahia. A paralisação da incorporação destas entidades, diante de fortes oposições políticas ao processo, abriu espaço para a ascensão das terceirizações, a partir de 1996, mesmo sem uma legislação que autorizasse esse tipo de contrato jurídico. Nesse contexto, identificou-se o crescimento exponencial das OSS, no cenário hospitalar baiano, a partir de 2005, momento em que a oposição política, no estado, ganhava terreno para o velho “carlismo” das décadas da ditadura militar.

A vitória do PT nas eleições de 2007 trouxe um novo projeto de Fundações Estatais que não conseguiu impor-se, cedendo espaço para o retorno das OSS como modalidade preferencial de gestão hospitalar na Bahia, a despeito dos discursos críticos de outrora. Na jornada de migração das terceirizações para OSS, pôde-se visualizar um processo de brotamento de entidades a partir de OSS já consolidadas, em parceria com executivos, membros oriundos do ramo privado da construção civil. Estas novas entidades “camaleônicas”, diante do ocaso das terceirizações, mudaram sua identidade jurídica para atender ao novo discurso estadual da saúde, de que as OSS são “como se fosse o próprio Estado”, pois estariam isentas de lucratividade nas suas práticas, discurso colocado em xeque pela evidência de alternância de cargos diretivos bem remunerados, entre as entidades.

Em especial, esse estudo aponta para o fortalecimento do CES como espaço autônomo e verdadeiramente representativo, pois, veio de lá o único suspiro de crítica e indignação à inoperância dos controles sob a gestão hospitalar. Entretanto, o afrouxamento deste Conselho nas deliberações para as publicizações e aditivos contratuais expressou a sua omissão com relação à política hospitalar, na Bahia.

As limitações que um estudo de caso oferece apontam para a necessidade de novas pesquisas no campo das políticas públicas que mostrem as diferenças de configuração em outros cenários organizacionais do Brasil e da América Latina, de um processo que se acredita não ser um mero fenômeno loco-regional, mas indício de que as forças antagônicas à

emancipação social não cessam de fluir e se transmutar, “como se fossem” exercício de justiça e democracia.

## REFERÊNCIAS

ANDREWS, C. W; KOUZMIN, A. O discurso da nova administração pública. **Lua Nova**, São Paulo n.45, n.45, p. 97-129, 1998.

BAHIA. Lei nº 7027, de 29 de janeiro de 1997. Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado da Bahia**, Salvador, 30 jan. 1997a, p. 9-11.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6480, de 13 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 7.027, de 29 de janeiro de 1997, que instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, e dá outras providências. **Sistema de Legislação da Casa Civil**, Salvador, 1997b

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7007, de 14 de novembro de 1997. Regulamenta a Lei nº 7.027, de 29 de janeiro de 1997, que instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, e dá outras providências. **Sistema de Legislação da Casa Civil**, Salvador, 1997c.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7008, de 14 de novembro de 1997. Estabelece normas específicas para a operacionalização, pela área de saúde do Estado, do Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, instituído pela Lei nº 7.027, de 29 de janeiro de 1997. **Sistema de Legislação da Casa Civil**, Salvador, 1997d.

\_\_\_\_\_, Secretaria de Administração. **O processo de modernização do Estado: Os avanços de uma década 1991-2001**. Salvador: Secretaria de Administração, Escola de Administração da UFBA, 2002.

\_\_\_\_\_.Lei nº 8.647de 29 de julho de 2003. Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências. **Sistema de Legislação da Casa Civil**, Salvador, 2003.

\_\_\_\_\_, Secretaria de Administração. **Manual de Constituição de Organizações Sociais**. Salvador: Secretaria de Administração, 2004a.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 8.890, de 22 de Janeiro de 2004. Regulamenta a Lei no 8.647, de 29 de julho de 2003, que dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais, revoga os Decretos nos 7.007 e 7.008, de 14 de novembro de 1997, e dá outras providências. **Sistema de Legislação da Casa Civil**, Salvador, 2004b.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 134ª Reunião Ordinária**. Salvador, 31 de out. 2007a.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 135ª Reunião Ordinária**. Salvador, 29 de nov. 2007b.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 139ª Reunião Ordinária**. Salvador, 27 de mar. 2008.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 159ª Reunião Ordinária**. Salvador, 16 de dez. 2009.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 180ª Reunião Ordinária**. Salvador, 27 de out. 2011.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 189ª Reunião Ordinária**. Salvador, 09 de ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Gestão da Rede Própria**. Disponível em:  
<[http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37)> Acesso em: 15 de ago. 2013.

BAHIA, P.I.V.C; CARVALHO, P.M. **Organizações Sociais: Qualificação como um ato vinculado do poder público**. 1998. Disponível em:  
<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/Congresso/wtese21.htm>>. Acesso em: 02 de fev. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 de out. 1988. Seção 1, p. 1-32.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 jun. 1993. p. 8269-8281.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 1591, de 9 de outubro de 1997. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Coleção das Leis da República Federativa do Brasil**, Brasília, Imprensa Nacional, v. 189, n. 10, t 1, p. 6529-6936, 1997.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, D.O. 18 mai. 1998. p. 8.

\_\_\_\_\_, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: MARE, 1995.

\_\_\_\_\_, Tribunal de Contas da União. **Relatório de auditoria operacional: transferência do gerenciamento de serviços públicos de saúde a Organizações Sociais**. Brasília: TCU, 2012

COELHO, T. C. B. **O Processo político de gestão em uma instituição complexa do Sistema único de Saúde**. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

COSTA, F. L. Estado, reforma do Estado e democracia no Brasil da Nova República. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 71-82, 1998.

DANTAS NETO, P. F. Surf nas ondas do tempo: do carlismo histórico ao carlismo pós-carlista. **Cadernos do CRH** (UFBA), Salvador, v. 39, p. 213-255, 2003.

GONÇALVES, W. **Parecer sobre terceirização e parceiros na Saúde Pública**. Rio Grande do Sul: Ministério Público. 1998. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/dirhum/doutrina/id239.htm>>. Acesso em: 10 de dez. 2014.

FAIRCLOUGH, N. **Critical Discourse Analysis: the critical study of language**. Londres: Longman, 1995.

GUIMARÃES, M. C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1642-1650, 2004.

KEINERT, T. M. M. et al. Delegação na prestação de serviços de saúde no estado da Bahia. In: **Inovação e cooperação intergovernamental: microregionalização, consórcios, parcerias e terceirizações na saúde**. São Paulo: Annablume, p. 123-126, 2006.

MACHADO, C. V. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. **PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 105-197, 2001.

MAGALHÃES NETTO, J. M. **Hospital público é terceirizado e recebe certificado ISO 9002**. São Paulo: Folha de São Paulo, 11 de junho de 2000. Entrevista cedida a Marcos Vita.

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

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

SANTOS, L. A. **O programa de publicização e as Organizações Sociais**. 16 de mar. 1998. Disponível em: <[http://www.anesp.org.br/userfiles/file/estudos/programa\\_publicizacao.pdf](http://www.anesp.org.br/userfiles/file/estudos/programa_publicizacao.pdf)> Acesso em: 26 de janeiro de 2015.

SOLLA, J.J.S.P **Valorização profissional na pauta da secretaria**. Jan/fev. 2007. Entrevista cedida à Revista Luta Médica, ano I, nº 2, 2007.

SOLLA, J.J.S.P. **Fundações Estatais de Direito Privado: projeto avança no Congresso e nos estados**. Mar. 2009. Entrevista cedida à Revista Radis, n. 79, 2009.

## 7.2 Artigo 2

### CAPACIDADE DE GESTÃO DE HOSPITAIS PUBLICIZADOS EM UMA REDE ESTADUAL DO SUS

Manoela Cerqueira Reis

Thereza Christina Bahia Coelho

#### RESUMO

A incorporação das propostas neoliberais reformadoras do Estado, na década de 1990, balizou a protagonização e avanço progressivo da publicização hospitalar no estado da Bahia, sob o discurso da eficiência. A análise da capacidade de gestão (CG) de hospitais que compõem a rede própria da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB), proposta por este estudo, buscou responder a algumas questões, existentes sobre o tema, frente a fragilidades denunciadas na literatura. Para o desenvolvimento do estudo de caso sobre o processo da publicização hospitalar, na Bahia, uma retradução da concepção de Carlos Matus sobre a CG foi operada, direcionando a captura do material empírico, a partir de dados coletados em *sites* de domínio público e entrevistas com a alta direção de três hospitais estaduais publicizados. Assim, a análise deste objeto, foi direcionada pela relação entre a CG e os seus fatores determinantes: Perícia dos Gestores, Práticas de Trabalho e Desenho Organizativo, contempladas por respectivas subcategorias e categorias de análise. Observaram-se fragilidades nas CG dos hospitais, mais evidentes no desenho organizativo da instituição, referentes a uma transparência limitada; ao descumprimento contratual, pela SESAB; à inexistência de uma missão própria, das unidades, que traduzam as especificidades loco-regionais e institucionais; ao afrouxamento de mecanismos de controle social. Destaca-se, portanto, a importância deste estudo diante da escassez de publicações sobre o tema, especialmente, no estado da Bahia, sob a perspectiva adotada, pois acredita-se que os dados encontrados podem melhor alicerçar técnica e politicamente as práticas de gestão, no cenário da publicização hospitalar.

**Palavras-Chave:** Gestão Hospitalar; Capacidade de Gestão; Terceirização.

#### ABSTRACT

The incorporation of neoliberal proposals of the state, in the 1990s, buoyed the protagonism and progressive advance of hospital publicity in the state of Bahia, in the discourse of efficiency. Analysis of management capacity (CG) of hospitals that make up the Secretariat's own network of Bahia Health (SESAB) proposed by this study sought to answer some questions, existing on the subject, compared to reported weaknesses in the literature. A retranslation of the design of Carlos Matus on the CG, directed to capture the empirical material from data collected from publicly available websites and interviews with senior management three-publicized state hospitals, to develop the case study on the process of hospital publicization in Bahia. Thus, the analysis of this object, was buoyed by the relationship between the CG and its determinants: Expertise of Managers, Work Practices and Organisational Design, contemplated by sub-categories and categories of analysis. We observed weaknesses in CG hospitals, most evident in the organizational design of the

institution relating to a limited transparency; the contractual breach by SESAB; the absence of a specific mission, the units, reflecting the specific locoregional and institutional; the loosening of social control mechanisms. Therefore, highlights the importance of this study is the paucity of publications on the subject, especially in the state of Bahia, in the perspective adopted, it is believed that the data found can best consolidate technical and political management practices, in the hospital setting publicity.

**Key Words:** Hospital Administration; Health Management; Outsourced Services.

## INTRODUÇÃO

A partir da década de 1990, com a difusão das ideias neoliberais que conduzem o mundo capitalista, o Brasil passou a incorporar modalidades alternativas de gestão, alicerçadas nas propostas reformadoras do governo de Fernando Henrique Cardoso, onde pretendia-se corrigir os rumos da administração pública através da diminuição da responsabilidade estatal na execução ou prestação direta de serviços. Esse processo traduziu-se num fenômeno relevante para as políticas de saúde no Brasil, com repercussão na administração hospitalar, incluindo novas formas de gestão e de inserção dos profissionais de saúde (MACHADO, 2001; COSTA, 1998; ABRUCIO, 2012).

É nesse panorama que ocorre o processo de publicização dos hospitais no Brasil, ou seja, a transferência da gestão de serviços hospitalares públicos para organizações privadas, sem necessariamente transferir a sua propriedade. Essa transferência de responsabilidade para terceiros, culmina na valorização de um espaço público não-estatal, constituindo, portanto, as novas modalidades de gestão indireta (GI) (BAHIA, 2004a; GUIMARÃES et al., 2004).

Dentre essas novas modalidades de GI no setor hospitalar, destacam-se: Organizações Sociais de Saúde (OSS) - a transformação de hospitais em unidades semi-autônomas de direito privado; Terceirização - a transferência da gestão dos hospitais estatais para entes privados, com fins lucrativos; e Parcerias Público Privadas (PPP) - as parcerias entre o Estado e empresas privadas (MACHADO, 2001). Na Bahia, o Governo do Estado aprovou a criação das Organizações Sociais por meio da Lei 7.027, de 29 de janeiro de 1997, até mesmo antes da Lei Federal (instituída em 1998), destacando o seu protagonismo na criação e posterior incorporação dessas entidades (BAHIA, 1997). Contudo, por mudanças no cenário político, a gestão dos hospitais públicos estaduais baianos passou a ser feita, prioritariamente, por meio das terceirizações (PINTO, 2004), as quais eram alicerçadas pela Lei nº 8.666/93.

Ressalta-se que no ano 2000, dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), apontavam para a inexistência de uma avaliação mais consistente dos resultados alcançados pelas novas modalidades de GI, o que gerou insatisfações e receios. Além das críticas expressas por diversos setores da sociedade, atribuindo as publicizações à inconstitucionalidade (PINTO, 2004). Em meio a tantos debates e argumentos contrários, a partir do ano de 2003, com a atualização do Programa Estadual de Organizações Sociais (Lei nº 8.647), as terceirizações começaram a perder espaço para as OSS. Estas passaram a ser incorporadas à gestão hospitalar, na Bahia, e a se proliferarem ao longo de 10 anos, sob o discurso da modernização da gestão, da necessidade por eficiência e conseqüente avanço na qualidade dos serviços hospitalares, prestados à população (BAHIA, 2003; PINTO, 2004).

Entende-se que as novas modalidades de gestão permitiam a adoção, no setor público, de práticas gerenciais oriundas do setor privado. Havia denúncias por parte de movimentos sociais, fóruns da sociedade civil, que atuavam em políticas onde existiam OSS, e Conselhos de Saúde, relacionadas a irregularidades e afrouxamento dos mecanismos de controle social (KAYANO et al., 2007; SANO; ABRUCIO, 2008). Havia denúncias, também, referentes à qualificação dessas entidades, no que tange à falta de estabelecimento de critérios objetivos no processo (BAHIA; CARVALHO, 1999), bem como, fragilidades gerenciais em decorrência do clientelismo e corporativismo (BARRETO, 1999).

O avanço da publicização hospitalar na Bahia, especialmente das OSS, sob argumentos eminentemente políticos, favoráveis e contrários, deixa lacunas no conhecimento sobre o tema. Apesar de se constituir um fenômeno nacional, as especificidades do processo de publicização no estado da Bahia face ao seu pioneirismo na criação da Lei das Organizações Sociais e progressão em larga escala, revelam este tema apropriado para o estudo da capacidade gerencial dos hospitais sob gestão indireta. Nesse sentido, este estudo tem por objetivo analisar a capacidade de gestão de hospitais publicizados que compõem a rede própria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e analítico, sobre a publicização da Rede Hospitalar Estadual da SESAB, com foco na Capacidade de Gestão (CG) de hospitais sob GI.

A abordagem do objeto deste estudo culminou na realização de aproximações com a discussão de Carlos Matus sobre gestão, partindo de um nível mais geral, que se refere ao

Triângulo de Governo (TG), a um nível mais específico, que é um dos vértices desse Triângulo, a CG. Assim, a análise foi balizada pela relação entre a CG e os seus determinantes (MATUS, 1997), bem como, baseada na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP), de 30 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013), e nos princípios orientadores dos novos modelos de gestão pública - flexibilidade e consequente desburocratização, maior autonomia decisória, gestão voltada para o cumprimento de metas e alcance de resultados, e maior transparência (GUIMARÃES et al, 2004),.

Num primeiro momento a coleta dos dados deu-se através de fontes secundárias: *sites* de domínio público (CNES e SESAB) e documentos que estavam disponíveis na internet: Atas do Conselho Estadual de Saúde (CES), do período de 2007 a 2014; edital de Seleção para publicização de um dos hospitais que fizeram parte do estudo (BAHIA, 2012); relatório de auditoria operacional do Tribunal de Contas da União com relação à publicização para Organizações Sociais (2012); PNAHOSP; lista atualizada dos hospitais que compunham a RHP sob GI, e suas respectivas instituições gestoras, disponibilizada pela SESAB. Foi feita, então, uma caracterização da Rede Hospitalar (RH), no que concerne a: localização geográfica, modalidade de gestão, instituição gestora, porte, especialidade e tempo de funcionamento, o que subsidiou a seleção de três hospitais que fizeram parte do estudo.

Os dados foram analisados a partir da extração de informações importantes das fontes supradescritas, quando foi possível identificar que até o ano 2014, a RH própria da SESAB era composta por 41 hospitais, sendo 15 geridos por OSS, dois por terceirização e um por PPP. Dessa maneira, foi feita a seleção dos hospitais baseada em convergências identificadas nas características de cada um, preferindo-se por hospitais gerais, sob diferentes modalidades jurídicas de gestão. Entretanto, diante da dificuldade em estabelecer contato com os hospitais, e posterior anuência para o ingresso em campo, o critério principal para a escolha foi a permissão para coleta de dados. Assim, foram selecionados dois hospitais geridos por OSS e um, por terceirização. A fim de assegurar o anonimato requerido, os gestores, hospitais, e respectivas entidades que os geriam no momento desta investigação, foram nomeados com códigos (Quadro 1).

Quadro 1: Apresentação dos Códigos dos Hospitais, lócus do estudo, seus respectivos modelos de gestão, entidades gestoras e dos sujeitos do estudo.

HOSPITAL	MODELO DE GESTÃO	ENTIDADE GESTORA	GESTORES (AS)
H1	OSS	EO	Diretor Geral (DG1) Diretor Administrativo (DA1)
H2	OSS	EO	Diretor Geral (DG2) Diretor Administrativo (DA2)
H3	Terceirização	ET	Diretor Geral (DG3)
SESAB/DIRPGI	-	-	Coordenador (CGI)

Fonte: Elaboração própria.

Num segundo momento foi desenvolvido o estudo de caso com foco na CG dos hospitais. Participaram da pesquisa os gestores ocupantes dos cargos da alta direção, bem como, um gestor da Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta (DIRPGI) da SESAB, responsável pelo acompanhamento dos contratos com OSS e empresas terceirizadas, descritos no quadro supraexposto. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, com o auxílio de recurso eletrônico, para gravação de voz, nos meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015.

Cada gestor foi contatado previamente e informado sobre a pesquisa mediante esclarecimento verbal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se os princípios éticos e legais da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

A análise da CG se deu a partir da construção de um quadro de análise, que buscou contemplar os seus determinantes (MATUS, 1997), conformando as categorias de análise: Perícia dos Gestores, Práticas de Trabalho dos Gestores e Desenho organizativo do Hospital. Cada uma dessas três categorias foi desagregada em subcategorias, com os critérios de análise priorizados, mais próximos do nível empírico. No momento do desenvolvimento do estudo observou-se que uma das subcategorias, *Transparência*, estava relacionada a duas categorias (Práticas de Trabalho e Desenho Organizativo), o que permitiu a sua análise sob mais de uma perspectiva. Ressalta-se, ainda, que uma das subcategorias, a *Relação Hospital/SESAB*, foi acrescentada durante a fase exploratória da análise (Quadro 2).

Quadro 2: Categorias e critérios de análise da Capacidade de Gestão.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>CRITÉRIOS DE ANÁLISE</b>
<b>PERÍCIA DOS GESTORES</b>	<b>Competência/Habilidades</b>	Formação e/ou especialização na área de gestão e saúde.
		Experiência prévia em gestão em serviços de saúde/hospitalar.
		Capacidade de mobilizar recursos para o enfrentamento de problemas.
<b>PRÁTICAS DE TRABALHO</b>	<b>Agenda do gestor</b>	Agenda do gestor voltada para atividades importantes e não-urgentes.
		Foco da atenção do gestor voltado para as prioridades de gestão e para a missão da organização.
		Entorno do gestor contribuindo para a racionalização agenda do dirigente.
	<b>Processo decisório</b>	Processo decisório descentralizado / Participativo.
	<b>Planejamento</b>	Planejamento Estratégico Participativo.
	<b>Monitoramento/Avaliação</b>	Mecanismos formais de avaliação e monitoramento das metas.
	<b>Relação Hospital/SESAB</b>	Cumprimento Contratual.
		Fiscalização/Alcance das metas estabelecidas em contrato.
<b>Prestação de contas</b>	Sistematicidade da prestação de contas.	
<b>Transparência</b>	Divulgação de informações de interesse público.	
<b>DESENHO ORGANIZATIVO</b>	<b>Transparência</b>	Mecanismos formais de controle social.
	<b>Estrutura</b>	Coerência estrutural em relação à missão
	<b>Missão</b>	Formulação clara, personalizada e definida coletivamente.

Fonte: Adaptado de Matus (1997) e Lima (2003).

Como técnica para análise das entrevistas utilizou-se análise de conteúdo proposta por Minayo (2010), contemplando as três etapas básicas de pré-análise, análise do material e interpretação dos resultados. Por fim, a partir da ressignificação do material empírico, confrontou-se com os dados coletados, por outras fontes, o que permitiu um maior enriquecimento da análise proposta.

Este artigo é produto de uma dissertação de mestrado, desenvolvida no período de 2013 a 2015, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana, em 2014.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A CG para Matus (1997) possui três dimensões, ou elementos privilegiados, que dizem respeito ao sujeito da gestão (Perícia), à forma como eles conduzem seus processos de trabalho (Práticas), e ao desenho organizativo da instituição gerida. Desse modo, uma retradução da concepção de Matus sobre esse vértice do seu TG, alicerçada na PNAHOSP e nos princípios orientadores dos novos modelos de gestão pública, permitiu uma visão ampliada, à medida que, direcionou a captura do material empírico.

### Perícia dos Gestores

De acordo com Matus, a perícia está diretamente relacionada ao conjunto de qualidades (liderança), ou seja, à competência e habilidades dos gestores, adquiridas com formação e experiência profissional, o que conformam a capacidade de utilizar/mobilizar recursos para o enfrentamento de problemas (MATUS, 1997).

No que concerne à formação e experiência prévia em gestão em serviços de saúde/hospitalar, constatou-se que apenas um dos gestores não atendia à formação em saúde. Todos os gestores eram formados em administração, exceto o diretor geral do H3, que apesar de ser engenheiro mecânico, era pós-graduado em gestão em saúde, conforme exigido no Edital de Seleção pública para publicização. Todos os gestores, também, possuíam experiência prévia em cargos de gestão, o que contribui, teoricamente, “para obtenção da legitimidade técnica do gestor”, conhecimentos e habilidades para atuar no setor público (MELO et al., 2009, p.95).

Não obstante, uma boa formação profissional e intelectual, conforme podemos perceber nos achados deste estudo (Quadro 3), pode tender a uma “perícia mutilada” porque, de acordo com Matus (1997), os gestores podem ficar presos ao objetivismo, ao imediatismo e determinismo, a um excesso de confiança no seu conhecimento e menosprezo das dimensões qualitativas das variáveis sociais, já que a sua formação impede a capacidade de fazer as várias leituras sobre a realidade. Além disso, não poderiam aprender e se aperfeiçoar, porque “no sabem que no sabem” (MATUS, 1997). Essa “perícia mutilada” foi identificada no discurso do diretor geral do H1, frente a um excesso de confiança do gestor, herdada da sua vasta experiência e conhecimento econômico-financeiro, o que o fazia atribuir os entraves da

sua gestão, somente, ao descumprimento de contrato por parte da SESAB, limitando a sua mobilização de recursos para o enfrentamento dos problemas.

As colocações do DG1 sugeriram que a sua atenção se concentrava no debate de soluções sem valorizar o passo prévio do processamento sistemático dos problemas, ignorando a previsão de possibilidades. Em contrapartida, essas deficiências não se fizeram proeminentes nas falas dos gestores do H2 e H3, já que afirmaram utilizar o planejamento como orientador das suas ações diante dos problemas e momentos de crise, inclusive, do constante descumprimento contratual da SESAB. De acordo com Quinquilo (2002), o planejamento favorece o processamento sistemático dos problemas e análise estratégica, conduzindo a ações que agilizam a obtenção de melhores resultados.

Cabe, ainda, ressaltar as características intrínsecas ao gestor, citadas pelo DA2, “assertividade e maturidade”, como essenciais atributos da liderança, conforme proposto pelo modelo de liderança interativa, de Brandt (1994) apud Marquis e Huston (2010, p.62) que “afirma a singularidade de cada indivíduo [...] as prioridades não podem se limitar apenas às metas organizacionais”.

Para tanto, aspectos relacionadas à perícia do gestor, muitas vezes, são desconsideradas em detrimento do clientelismo e corporativismo (BARRETO, 1999), entretanto, a proposta metodológica deste estudo não permitiu afirmações desse tipo na gestão dos hospitais. O que se pôde identificar, no momento das entrevistas e da caracterização da RH da SESAB, foi uma alternância no quadro de diretores dos hospitais geridos pela ET (Terceirização) e pela EO (OSS): os diretores gerais das três unidades que fizeram parte do estudo alternavam nas diretorias dos hospitais que foram administrados pela ET. E, posteriormente, com a migração de alguns desses hospitais terceirizados, para serem geridos pela EO, o quadro de diretores permanecia o mesmo.

Destarte, vê-se que as diferentes qualidades explicitadas nos discursos dos gestores, conformam os atributos gerenciais requisitados, bem como, deficiências na condução dos processos. Entretanto, as perícias evidenciadas podem ser a consequência dessa “persistência” da diretoria, frente a uma alternância “cíclica” dos gestores das entidades em estudo, e favorecer ao que Barreto (1999) denomina de “uma cultura de administração por inércia”, que tende à repetição das práticas anteriores.

Quadro 3: Perfil dos gestores participantes do estudo de acordo com o tempo de atuação na Unidade Hospitalar, experiência, formação e pós-graduação.

<b>CARGO</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE</b>	<b>EXPERIÊNCIA</b>	<b>FORMAÇÃO</b>	<b>PÓS-GRADUAÇÃO</b>
CA	3 anos	Chefe de vigilância epidemiológica e sistema de informação, na Secretaria Municipal de Saúde, de uma município da Bahia.	Enfermagem e Direito.	Saúde pública, com ênfase em Saúde da Família.
DG1	11 anos	Gestor de outros hospitais público, publicizados, no estados de Sergipe e Bahia. Atualmente é responsável pela parte de projetos operacionais e econômico-financeiro, tanto da EO quanto da ET.	Administração; Direito inconcluso.	Engenharia econômica; Gestão e implantação de programas de qualidade total; Gestão em saúde.
DA1	17 anos no Hospital, 10 anos no cargo de diretora.	Coordenador de Qualidade do H1.	Administração.	Gestão empresarial.
DG2 / Superintendente da EO	5 anos (Desde a inauguração da unidade)	Gestor de outros hospitais publicizados, na Bahia.	Contabilidade e Administração.	Informática; Administração financeira; e Administração hospitalar.
DA2	4 anos	Gestor em outra OSS; Gestora em Serviço próprio; Gestora num hospital em Pernambuco.	Administração.	Gestão hospitalar; Gestão de qualidade de saúde.
DG3 / Diretor de Melhoria de Processos da ET	7 anos	Diretor de um Hospital em Sergipe.	Engenharia mecânica.	Gestão em saúde; Engenharia Clínica.

Fonte:Elaboração própria.

## Desenho Organizativo

O desenho organizativo de uma Instituição é a ferramenta de trabalho do gestor e sua qualidade determina as suas práticas diárias (MATUS, 1997). Dessa maneira, o desenho organizativo está diretamente relacionado às formas organizacionais no que concerne à missão de uma instituição e como ela se organiza para atender a essa missão. A análise desses critérios, nos hospitais sob gestão indireta, levou em conta, principalmente, o modo como se deu a definição da sua missão e como a diretoria se estruturou para concretizá-los, visto que, entende-se que esses hospitais são administrados sob a ótica da gestão privada.

Além disso, percebeu-se, no momento exploratório deste estudo, que a relação estabelecida entre a SESAB e os hospitais, no que se refere ao cumprimento contratual e fiscalização das metas estabelecidas, configurava-se como um importante aspecto a ser analisado nessa categoria, pois os contratos jurídicos na publicização dos hospitais, são as ferramentas balizadoras das práticas de gestão e, conseqüentemente, importantes determinantes da sua capacidade. E, por fim, a transparência, que está relacionada à divulgação de informações e mecanismos formais de controle social.

### a) Formas Organizacionais

A missão representa a identidade da instituição. É importante que todos os funcionários saibam, claramente, o propósito e a razão da existência da organização para que isso se reflita na oferta dos serviços prestados ao seu público, a qual deve atender, no caso estudado, aos princípios da administração pública, bem como, do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, Lima (2003) afirmou que para uma organização desempenhar bem a sua missão, são necessários, pelo menos, três elementos essenciais: clareza na definição da missão; compartilhamento e incorporação por todos os espaços da organização; coerência da estrutura organizativa com a missão. Acrescenta-se a esses elementos, a existência de uma missão própria.

O diretor do H3 afirmou que a missão do hospital era a mesma da ET, empresa que administrava a unidade há 19 anos, por terceirização. Apesar de não tê-la disponibilizado em documento, pôde-se encontrá-la através do *site* da empresa gestora: “*Inovar, simplificando e melhorando o padrão de atendimento médico-hospitalar, visando à satisfação plena dos clientes, colaboradores e parceiros*”, tendo sido construída, há alguns anos, com a

participação dos líderes da empresa e unidades hospitalares geridas pela ET. Destaca-se, portanto, a descrição de uma missão clara, porém, destoante do que se espera de um hospital pertencente a uma rede do SUS: medicalocêntrica, reducionista, que não contempla os princípios doutrinários do sistema de saúde em que está inserido: universalidade, equidade, integralidade. Estranhamente, essa missão foi a mesma colocada pelos diretores do H1, o que pode ser explicado pelo fato de que a ET administrou o H1 por 15 anos, sob contrato via terceirização, apesar de que já estava sendo gerida por OSS há três anos.

Nós mantivemos a mesma missão e objetivos da ET. Quando a ET não tinha mais contrato, a EO assumiu (DG1).

Outro ponto analisado foi a inexistência de uma missão própria: a missão do hospital era a mesma da empresa que o geria. Aliado a isso, a missão que foi disponibilizada em documento pela diretoria do H1, continha a missão da atual empresa gestora do hospital (EO) e não da ET, como foi dito: *“Acolher a quem busca serviços de saúde, proporcionando um atendimento eficiente, igualitário e humano, buscando a inovação e a formação de novos profissionais de saúde, elevando constantemente os padrões de qualidade sempre em busca de excelência, através do desenvolvimento das pessoas e do ensino e pesquisa”*. Logo, não há convergência no que foi dito ao que estava documentado, traduzindo, portanto, a falta de clareza acerca do propósito, da essência do hospital, para a alta direção e, conseqüentemente, para esta pesquisa.

De acordo com o diretor geral do H2, que também estava como superintendente da EO, essa entidade gestora não tinha missão, visão e valores definidos. A partir da formulação da missão do H2, que, segundo a diretoria, teve a participação de todos os funcionários, é que “emprestou-se” essa definição e “[...] hoje a missão da EO termina sendo a do hospital... uma só” (DG2).

Não obstante, uma informação cedida pelo diretor administrativo confronta com a supracitada, do diretor geral, quando afirmou que o H2 tinha a sua própria missão, diferente da entidade que o geria:

Não... porque, assim, ó! Hoje a missão da EO é uma. **Hoje nós temos nossa missão do H2, diferente da EO.** Apesar de que trabalhamos muito ela... Porque como não é uma rede própria, não é uma unidade da EO, nós estamos gerindo, aí futuramente pode vir outro gestor, uma outra OSS, que pode mudar toda configuração que foi feita aqui... Então ele precisa ter sua identidade. Eu não posso trabalhar com a identidade da EO. Cada unidade tem sua particularidade. O EO tem a sua personalidade entendeu? É

diferente... Mas assim, é tudo condizente com o que a gente acredita e prega. Então a escolha da identificação do H2 veio muito associada à missão, visão e valores da EO (DA2).

Identifica-se na missão da EO princípios do SUS e elementos da PNAHOSP, abarcando atendimento integral, humano e desenvolvimento de ensino e pesquisa, apesar de haver denúncias com relação à dificuldade do H2 para servir de campo de estágio, bem como, avaliações do seu serviço de “ensino e pesquisa” como “precaríssimo”, confrontando, portanto, com o enunciado da sua missão e discursos dos seus diretores (BAHIA, 2013b).

Como foi pontuado na declaração do DA2, acredita-se que cada instituição possui as suas peculiaridades, complexidades e público-alvo diferentes. “Missão é a razão de ser da instituição” (FONSECA, 2010, p.2). Apesar da EO trazer a sua filosofia para a gestão dos hospitais, é necessário que cada hospital tenha a sua missão própria, visto que, trata-se de instituições públicas e, portanto, suas identidades não devem se confundir à da empresa gestora. Segundo a PNAHOSP:

Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, **cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional**, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea (BRASIL, 2013, grifo nosso).

Destaca-se a importância da incorporação da missão do hospital, envolvendo todos os níveis organizacionais, não devendo ser improvisada ou forjada pela direção, e sim, construída coletivamente, levando em conta vários critérios, e não interesses da empresa que o gere (COVEY, 1994).

#### b) Relação Hospital/SESAB

A relação da SESAB com os hospitais sob gestão indireta, dá-se por meio de contratos jurídicos. Para a modalidade de gestão sob terceirização, o tipo de **contrato é administrativo**, com base na Lei Federal 8.666/93 (BRASIL, 1993); para OSS, está previsto o **contrato de gestão**, regido pela Lei Federal 9.637/98 (BRASIL, 1998).

O contrato administrativo consiste em “todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares, em que há um acordo de vontade para a

formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas” (BRASIL, 1993). É estabelecido através de licitação, procedimento previsto no inciso XXI do Art. 37, da Constituição Federal, com o desígnio de assegurar “a igualdade de condições a todos os concorrentes”, prevalecendo a orientação do menor preço (BRASIL, 1988; 1993).

Todavia, conforme previsto na legislação vigente, o contrato administrativo deveria ser utilizado para a aquisição de serviços de saúde, não para a terceirização da gestão de unidades de saúde próprias (BRASIL, 2012). Desse modo, até março de 2015, os dois únicos contratos por terceirização, que ainda restavam no cenário hospitalar baiano, findariam. Isso inclui o H3, um dos lócus deste estudo.

Já o contrato de gestão, estabelecido com Organizações Sociais, é disposto no Art. 5 da Lei 9.637/98 enquanto:

[...] instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRASIL, 1998).

Neste caso, o contrato por terceirização foi adequado à publicização, “travestindo-se” de contrato de gestão. Em ambos os contratos (terceirização e OSS), eram estabelecidas metas de desempenho e a fiscalização dos hospitais feita mensalmente, por meio do Relatório de Informações Hospitalares (RIH) e, trimestralmente, por meio da avaliação dos resultados alcançados, de acordo com o que está estabelecido nos contratos. Se os hospitais não atinjissem as metas previstas, seriam glosados, ou seja, a cobrança seria considerada indevida e sofreriam redução no repasse da verba (CGI).

O quantitativo dos aportes financeiros mensais, para os hospitais, era estabelecido no edital, antes da seleção pública para as OSS e, por conseguinte, em contrato. Nesse sentido, as OSS concorriam à publicização já cientes do valor previsto a ser repassado pela SESAB, devendo apresentar a sua proposta para gerir o hospital, definindo um orçamento igual ou inferior àquele estabelecido. Já para os hospitais, por terceirização, como a concorrência era via licitação, o orçamento era apresentado pela empresa concorrente.

Da verba repassada, 70% do valor estabelecido era fixo, que correspondia ao valor necessário para manter as despesas básicas e essenciais para manutenção do hospital: “[...] é o que a gente entende necessário *pro* hospital abrir a porta, *pra* ele pagar a luz, a água, o telefone e os profissionais” (CA).

A partir do relatório de avaliação trimestral, das metas qualitativas e quantitativas, indicava-se o percentual de desconto, dos 30% restantes, se o hospital não atingisse as metas previstas em contrato.

De acordo com o gestor da DIRPGI, o não alcance das metas acontecia, mas, antes de efetuar glosas, a SESAB dava oportunidade de defesa às OSS. Porém, os diretores entrevistados afirmaram nunca terem sido glosados, apesar dos impasses decorrentes do descumprimento contratual por parte da SESAB, no que concerne ao repasse da verba e reajuste financeiro.

No momento da coleta de dados, os três hospitais estavam com faturas em aberto (pelo menos três). Todos os diretores referiram-se ao cumprimento contratual unilateral, como limite e dificuldade da sua capacidade de gestão, já que, os atrasos no repasse da verba eram constantes e há quase dois anos não havia reajuste financeiro contratual.

[...] tá toda essa crise e essa crise causa um impacto financeiro. Quando você faz um orçamento e apresenta, você faz um orçamento para pagar tudo dentro do prazo. [...] Sem contar os reajustes da inflação que não estão sendo repassados. Do ano passado *pra* cá, nós tivemos uma perda de 13,67% acumulado. Não é fácil! (DG2).

Pode-se concluir, portanto, acerca do pagamento de manutenção dos serviços, que todos os valores contratados estavam sendo repassados aos hospitais integralmente, mas com atrasos que variavam de um a seis meses.

Um outro limite colocado pelo Diretor Geral do H2, foi o não repasse do recurso financeiro adicional para realização de reformas, obras e aquisição de equipamentos, conforme estabelecido no contrato. De acordo com o DG2, o contrato previa que 10% do valor investido no hospital poderia ser reinvestido na unidade, sendo acumulado ao longo do ano, e contemplaria um projeto desenvolvido pela alta direção. Esse projeto deveria ser aprovado pela SESAB, a partir da capacidade financeira e da necessidade da unidade. A explanação do gestor é confirmada pelo parágrafo 5º, cláusula 5ª, do Edital de Seleção nº 004/2012, para publicização do H1:

A gestão do **HOSPITAL** [...] poderá contar com recurso financeiro adicional de até 10% do valor global do contrato, já previsto em planilha orçamentária, para realização de ampliação e reforma de infra-estrutura, obras e aquisição de equipamentos em caso de substituição devido à tecnologia obsoleta ou por ampliação e modernização de serviços. O recurso financeiro será liberado após análise e aprovação da especificação ou projeto

apresentado pela CONTRATATA à CONTRATANTE” (BAHIA, 2012, grifo do autor).

Diante do exposto, considera-se o descumprimento contratual como grande impasse para a capacidade de gestão dos hospitais estaduais sob GI. O atraso no repasse da verba e o não reajuste financeiro, na ótica das instituições gestoras contratadas, causam impactos nos orçamentos e, conseqüentemente, na prestação dos serviços e resultados impostos, no próprio contrato.

[...] você paga por um fusca e quer andar de BMW. Não existe isso! (DG1).

### c) Transparência

Constituindo-se como um dos pressupostos dos novos modelos de gestão, a transparência está associada à divulgação de informações completas, objetivas, confiáveis e de qualidade. Logo, configura-se como um importante componente do desenho organizativo de uma instituição pública, à medida que, subsidia a averiguação da sua gestão e, conseqüentemente, a responsabilização do gestor pelos seus atos (MELO et al. 2009; ALÓ, 2009; FIGUEIREDO; SANTOS, 2013).

No Art. 37 da Constituição Federal de 1988, são garantidas a transparência e a adoção de práticas transparentes, na administração pública, direta ou indireta, através do princípio da publicidade. De acordo com Meirelles (2000):

A publicidade, como princípio da administração pública, abrange toda atuação estatal, não só sob o aspecto de divulgação oficial de seus atos como, também, de propiciação de conhecimento da conduta interna de seus agentes (MEIRELLES, 2000, p.89).

Assim, enxerga-se a transparência como um ponto crucial deste estudo, diante da constatação de fragilidades e, sobretudo, da sua ausência, em diversos momentos da produção desta investigação. Os critérios de análise, para essa subcategoria, são embasados pelas diretrizes impostas na Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011, a qual objetiva regular o acesso a informações previstas na Constituição Federal e assegurar o direito fundamental de acesso à informação (BRASIL, 2011). Para tanto, durante a organização dos dados obtidos, nos dois momentos do estudo, identificou-se que esta subcategoria comunicava-se tanto com

o desenho organizativo da Instituição, no que se refere à existência formal de mecanismos de controle social, quanto às práticas de trabalho, logo que, a análise fundamentou-se na divulgação de informações de interesse público.

Com relação aos mecanismos formais de controle social, era estabelecido em contrato, conforme pôde ser constatado no Edital de Seleção do H1 (BAHIA, 2012):

- Escuta dos Usuários, através da implantação do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), com resolução de 100% das demandas registradas, em até 10 dias;
- Avaliação da satisfação do cliente ou sua família, através da aplicação de questionários de satisfação, previamente aprovados pela SESAB a, no mínimo, 30% dos pacientes atendidos na Unidade.

Desse modo, todos os hospitais, a fim de atingirem as metas referentes ao desempenho na área do controle social, possuíam esses mecanismos implantados, tendo o alcance dos resultados impostos, referentes a cada um, avaliado trimestralmente. Além disso, foi informado pelo DG2, a existência de um Conselho Comunitário, composto por pessoas com representatividade na comunidade local, porém restrito a “dar sugestões”, as quais, conforme ressaltado pelo gestor, “[...] algumas já filtra logo e outras, vê a possibilidade de mandar *pra* Secretaria” (DG2).

Portanto, além do uso de uma avaliação cuja validade é seriamente contestada pela literatura especializada (GONÇALVES, 1998; BARRETO, 1999; SANO e ABRUCIO, 2008), vê-se uma transparência camuflada por mecanismos de controle social onde implantava-se a unilateralidade da divulgação de informações, já que a população limitava-se a sugerir. Provavelmente, não era informado aos usuários possíveis glosas e descumprimentos contratuais.

Camuflava-se, também, o controle social exercido pelo Conselho Estadual de Saúde, o qual deveria participar ativamente na deliberação da publicização dos hospitais e aditivos contratuais, conforme decretado na Lei Estadual 8.647/2003. Entretanto, pôde ser analisado nas atas do CES, insatisfações referentes ao processo de publicização da gestão hospitalar, na Bahia, e a não inserção do Conselho nas deliberações. Destaca-se, inclusive, a fala de um conselheiro, referente às transições dos contratos via terceirização para OSS, na 13ª Reunião Extraordinária, que “[...] esse processo de mudança da gestão, nunca foi discutido no CES” (BAHIA, 2013a).

## Práticas de Trabalho

Esta categoria está relacionada aos “Sistemas de Trabalho”, conforme discutido por Matus (1997), como um dos determinantes da **capacidade de gestão**. Neste estudo, se apossando do conceito de Matus, sobre sistemas de trabalho, utiliza-se a categoria “práticas de trabalho” a partir de critérios que se julga como atributos necessários para a capacidade de gestão de hospitais públicos, sob gestão indireta.

### a) Transparência

A partir do que já foi fundamentado na categoria anterior, identificou-se, sob a perspectiva da divulgação de informações de interesse público, a escassez, incompletude e desatualização de informações, que deveriam estar divulgadas em *sites* de domínio público, independente de solicitações, tais como: a relação dos hospitais que compunham a rede própria da SESAB e os modelos jurídicos de gestão das unidades sob gestão indireta. Essas informações só foram cedidas e confirmadas no momento da entrevista com o gestor da DIRPGI da SESAB. Além dos editais de publicização da gestão dos hospitais, que não estavam mais disponíveis, e dos contratos de gestão firmados entre a SESAB e as empresas gestoras. Apenas um edital ainda estava disponível na internet, apesar de não estar publicado no *site* oficial da SESAB, ou de outro órgão do governo do estado, que tratara do processo de publicização do H1.

Uma outra fragilidade, referente à divulgação de informações, diz respeito ao acesso dificultado e, no fim das contas, negado, por parte da SESAB, a documentos que revelam o desempenho da gestão dos hospitais publicizados, os relatórios de avaliação trimestral, bem como, os contratos de gestão. Esses documentos que deveriam ser disponibilizados para todo cidadão, conforme estabelecido na legislação federal, não estiveram acessíveis para realização deste estudo, sob o discurso da “transição da gestão”, o que apesar de ter limitado a metodologia, configurou-se como um importante resultado.

Percebe-se, por conseguinte, uma transparência superficial, não no que concerne à existência de mecanismos e embasamentos jurídicos para a sua concretude, mas à sua aplicabilidade, diante da ocultação e, até mesmo, negação de informações da gestão pública, comprometendo, assim, a credibilidade, especificamente, do processo de publicização dos hospitais públicos, no estado da Bahia e, conseqüentemente, a sua capacidade de gestão.

## b) Agenda do gestor

A primeira subcategoria, agenda do gestor, está relacionada ao foco de atenção nas prioridades, de acordo com a importância dos problemas e administração do uso do tempo (MATUS, 1997). Covey (2005), através da “Matriz de administração do tempo”, traduz a organização e execução das ações, conforme a sua importância e urgência. Para o autor, o foco deve estar voltado para a execução de tarefas importantes, porém não-urgentes, onde se estabeleça planejamentos diários, não conduzindo as ações, portanto, apenas para a resolução de problemas (COVEY, 2005).

Desta forma, a análise da agenda do gestor foi pautada na medida do tempo e atenção destinados às questões relacionadas à missão organizacional mais do que problemas de rotina e contexto (LIMA, 2003) e nas estratégias para racionalização da agenda.

Para que as prioridades da gestão sejam definidas é necessária a existência de um plano, que contemple a missão do hospital, visto que, a falta deste dificulta o direcionamento das ações (LIMA, 2003) e pode transformar o gestor em refém do imprevisto (PAIM, 2007). Além disso, sabe-se das complexidades que envolvem a gestão hospitalar, dos problemas relativos ao repasse de verba, das pressões cotidianas por eficiência e alcance das metas. De acordo com Carlos Matus, “as pressões que o dirigente sofre em sua gestão cotidiana, contradizem o planejamento, a regulação racional do foco de atenção e o uso inteligente do tempo” (MATUS, 1996, p.322). Dessa forma, a agenda do gestor deve ser alicerçada nas prioridades contidas no planejamento diário, devendo estar voltado para as ações importantes e não para as pressões cotidianas e “incêndios” a serem apagados, como o encontrado por Coelho e Paim (2005) nas práticas de gestão da SESAB, do ano 2000.

No âmbito da gestão indireta, a agenda do hospital é construída com base no contrato estabelecido com a SESAB. Conforme os discursos dos gestores, as ações, prioridades, estratégias, estão voltadas para o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas, bem como, para as atividades mais importantes, urgentes ou não, relacionadas à assistência.

Apesar das afirmações em torno das priorizações assistenciais, os diretores gerais do H1 e H2, admitiram direcionar as suas práticas para questões mais complexas, ligadas com a parte estratégica e captação de recursos.

Aqui eu cuido da parte estratégica. O operacional é com a direção administrativa e coordenação financeira.[...] Aí o dia-dia vai surgindo... Quem programa tudo sou eu. Geralmente, segunda-feira tô na SESAB atrás de dinheiro [gargalhada]... É normal me encontrar por lá [risos]. (DG2).

Aliado a isso, o diretor geral do H1 enfatizou, também, a descentralização na resolução dos problemas cotidianos, do hospital:

Na verdade os problemas cotidianos eles são resolvidos pela equipe, com um acompanhamento, como você pegou a oportunidade de ver aqui! (DG1).

Contudo, em diversos momentos, a entrevista foi interrompida por funcionários, em busca de resoluções. Essa observação permite, portanto, uma reflexão contrária à afirmação do gestor: as interrupções revelaram, naquele momento, uma tendência centralizadora, visto que, problemas que poderiam ser resolvidos pela equipe operacional, como ele mesmo citou, ascendiam à alta direção sem qualquer processamento.

Indo de encontro ao que pôde ser observado no H1, os diretores gerais do H2 e do H3, expuseram as suas satisfações com a boa estruturação e definição dos processos desses hospitais, o que se traduzia no funcionamento das instituições mesmo com a ausência dos gestores. Um dos mecanismos que alicerça essas afirmações e que esses gestores afirmaram utilizar, é o planejamento estratégico.

Destaca-se as explanações constantes dos diretores do H2, referentes a “seguir à risca” o planejamento desenvolvido e metodologias estratégicas de gestão, implantadas na unidade, na construção das suas agendas, embora que definiam as prioridades no dia-a-dia.

Aliado a isso, o diretor geral do H3 afirmou focar a sua prática nos problemas decorrentes de demandas dos pacientes e demandas externas. Como mais uma ferramenta que faculta a sua gestão, além do planejamento com imposição de metas, para cada setor, foi colocado, também, a existência de um “Núcleo de Qualidade”, o qual seria responsável pela identificação e registros de não conformidades. Identifica-se, portanto, um importante mecanismo para a racionalização da sua agenda, denominado por Matus (1997) como “entorno do dirigente”. Pôde-se identificar, também, no discurso da DA2 uma equivalência dessa prática, através de “Grupos de Melhorias”.

[...] eu crio grupos de melhorias, que são grupos que trabalham com um tema foco. A gente vê as pessoas mais assertivas, mais capacitadas *pra* trabalhar com um problema que *pra* mim, eu vou trabalhar dentro do operacional mais macro... Então a gente cria grupos de melhorias.

Os “Grupos de Melhorias” eram selecionados a partir de reuniões mensais, realizadas com os setores, e posterior identificação de problemas, ou a partir de reuniões pontuais em

decorrência de alguma não conformidade. O grupo iria intervir nas situações e ascender, para alta direção, o problema já processado.

Analisa-se que os mecanismos de gestão adotados, parecem desempenhar importante função na organização do tempo e do foco do gestor, à medida que identifica os problemas, nos setores, e cobra resolutividade, o que acaba selecionando o que chega à alta direção. Porém, não foi possível investigar a eficiência dessas estratégias, embora os gestores tenham feito uma auto-avaliação excelente quanto ao trabalho desenvolvido, no que se refere a processamento dos problemas, da instituição, e resolutividade.

### c) Processo Decisório

Percebendo o hospital como uma organização em constantes mudanças, acredita-se que as suas atividades estão direta e indiretamente atreladas à tomada de decisão (HOPPEN, 1992). No panorama da publicização hospitalar, Barreto (1999) denunciou que o modelo conceitual de contrato de gestão entre as OSS e o Estado, representa um elemento de difícil operacionalização na prática, por pressupor que todas as atividades sejam objetivamente avaliadas mediante indicadores de desempenho que, muito frequentemente, não conseguem encontrar o “cerne da questão”, causando grandes distorções e, conseqüentemente, gerando dificuldades no processo decisório.

Conforme já discutido na subcategoria anterior, as agendas dos hospitais sob gestão indireta, são balizadas pelos respectivos contratos com a SESAB. Logo, em consonância com os estudos de Barreto (1999) e Gomes (2009), são as metas contratuais que definem a tomada de decisão na instituição. Contudo, à medida que o Estado entrega a gestão de um hospital da sua rede para uma empresa particular, está, conseqüentemente, conferindo-lhe autonomia para conduzir os seus processos de trabalho, subordinando-o, apenas, ao controle dos resultados. Por conseguinte, pode-se afirmar que o processo decisório é “desenhado” pela alta direção do hospital.

Todos os gestores convergiram nas suas afirmações referentes à divisão: tomada de decisão estratégica e operacional.

Temos a direção daqui do hospital, com a direção da EO. A gente se reúne e define, quando é estratégico. Quando é operacional, a rotina... A gente define aqui mesmo, com a diretoria médica e com as coordenações, a depender do que seja (DG2).

Aliado a essa divisão, os diretores do H1 deixaram explícito que a tomada de decisão do hospital estava restrita à alta direção, sob o discurso de uma “estrutura enxuta”. Apesar do DG1 proferir por dois momentos, na entrevista, que “a porta está sempre aberta” (referindo-se à participação dos demais líderes), identificou-se, mais uma vez, uma tendência à centralização no discurso, que se apresenta repleto de metáforas e redundâncias, afinado, talvez, com a literatura de gestão ofertada para empresas privadas.

Administração não é ciência. Eu não encaro assim. A administração, ela evolui pra mim, no sentido que você percebe. Quem deveria bater o pênalti no jogo de futebol, *devia* ser o dono do time. Então quem *tá* com a ideia, com a maior demanda, ele tem que ter a delação da autoridade, para que depois seja cobrado pela responsabilidade. Eu não posso trabalhar com marionetes. Eles têm que saber exatamente o que podem fazer e, eventualmente, me ligue... Depois me preste conta. Você não pode esperar quem quer que seja *pra* ter a comunicação. A comunicação tem que ser ampla, bilateral, multilateral. A amplitude tem que ser franca (DG1).

Percebe-se na análise do texto, um mix de argumentos que mescla simplicidade comunicativa, como no apelo ao futebol, com o uso de hipérboles como na frase “A comunicação tem que ser ampla, bilateral, multilateral” que é seguida de uma afirmação sem qualquer sentido: “A amplitude tem que ser franca”. De fato, existe difundida na literatura de administração de empresas a ideia de que esta área está mais voltada para aplicação de conhecimentos práticos do que campo disciplinar. De modo que, executivos como Ford, Iacocca, tornaram-se cultuados em seus períodos de sucesso empresarial (MORGAN, 2002).

Por sua vez, Coelho e Paim (2005) ao identificarem estilos de gestão na alta direção da SESAB, denominaram de “cirurgião”, o estilo que apresenta “uma visão de cooperação centralizadora, obedecendo ao ritual cirúrgico” (COELHO; PAIM, 2005, p. 1379). Esse estilo está presente na cultura médico-cirúrgica que toma decisões de forma rápida em situações de risco humano, muito estruturadas, e que não se aplicariam às situações complexas da gestão.

Além disso, antecipando uma discussão do próximo tópico, os gestores do H1 não elaboravam um planejamento com a participação dos outros setores do hospital, o que limitaria a descentralização do processo decisório e favoreceria a verticalização da tomada de decisão.

Em contrapartida, os gestores do H2 e H3, demonstraram construir um processo decisório participativo, relatando a inserção dos demais líderes e da comunidade, nas decisões.

Eu estimo muito a participação dos líderes nas decisões do hospital. [...] Quero registrar, também, a relação que a gente consegue estabelecer com a comunidade. Costumamos participar de reuniões com a comunidade, feiras, ações. O hospital tem uma ótima relação com a comunidade, apesar das limitações, o que gera uma imagem positiva da unidade (DG3).

[...] E nós temos um conselho comunitário aqui também, formado por pessoas com representatividade na sociedade. Então nós temos o padre da paróquia, representante da 4ª Dires, um representante da prefeitura... E essas reuniões são marcadas mensalmente e aí se reúne, geralmente com dois representantes da instituição e aí eles trazem sugestões (DG2).

Destarte, percebeu-se diferenças significativas nas práticas de gestão, no que se refere à descentralização e co-participação na tomada de decisão. Para Nascimento e colaboradores (2008), os gestores sofrem a influência do modelo de gestão da empresa, que é tido como o elemento que orienta as decisões e que tende a sobrepor a vontade e estilo individual, configurando-se, portanto, na forma como uma empresa é administrada, sendo um importante fator modelador do comportamento organizacional dos gestores da empresa. Entretanto, num mesmo modelo de gestão, podem existir estilos de gestão diferentes, tendo em vista a sua concepção em torno da maneira como o gestor desempenha as suas práticas gerenciais (NASCIMENTO et al., 2008), traduzindo-se, portanto, nas diferentes capacidades de gestão. Assim, constatou-se diferentes estilos de gestão diante das formas como as decisões eram tomadas, sem que esses estilos chegassem a configurar um modelo diferente.

### c) Planejamento

O planejamento é inseparável da gestão, é uma forma de organização para a ação (MATUS, 1993). Para Matus, planejar é ter capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir, executar as ações planejadas, com idoneidade e coerência, para isso um planejamento deve conter objetivos claros e precisos (MATUS, 1993; PAIM, 2007). Além de planejar, o gestor tem a incumbência de reconhecer e acompanhar o trabalho dos atores que estão sob seu acompanhamento. Portanto, torna-se imprescindível a cultura do planejamento nos serviços de saúde a fim de possibilitar a construção de um projeto coletivo, que envolva e instigue a realização profissional de cada ator envolvido (PAIM, 2007).

Conforme já discutido nos tópicos anteriores, as práticas de gestão, nos hospitais publicizados eram direcionadas pelo contrato. Assim, entende-se que desde o processo seletivo/licitatório, os hospitais já dispunham de um planejamento, contendo as metas

qualitativas e quantitativas a serem atingidas, sendo o seu desempenho avaliado trimestralmente, cabendo, até, desqualificação da OSS, caso os resultados não fossem satisfatórios. Não obstante, diante da autonomia reservada às empresas gestoras das unidades hospitalares, pôde ser constatado que as estratégias e ferramentas a serem utilizadas no cumprimento das metas contratuais e no atendimento à sua missão, estavam relacionadas ao estilo de gestão adotado, por esses hospitais.

De acordo com o discurso do CA, a implementação do planejamento estratégico variava para cada empresa gestora, tendo afirmado experienciar gestões centralizadas na rede própria da SESAB. Entretanto, pôde-se averiguar, neste estudo, divergências nas práticas de gestão de cada hospital.

Os diretores do H1 afirmaram não elaborar um planejamento estratégico próprio, da instituição, já que estava contido no projeto concorrente, no momento da seleção pública para a publicização, conforme citado pelo DG1. Já a DA1 admitiu a não realização de um planejamento desde que houve a migração da gestão terceirizada para OSS, sob a justificativa de “problemas com a SESAB”. Porém, eram estipuladas as ações de cada serviço, já que essas ações deveriam contemplar as metas contratuais.

Para tanto, percebeu-se uma preocupação dos gestores do H1 em cumprir metas, atingir indicadores, não serem glosados... Porém, a construção das ações e estratégias que seriam utilizadas para atingir essas metas contratuais e outras metas organizacionais, diante do perfil e demandas da instituição, deveria ser realizada a partir de um planejamento próprio. O planejamento de um hospital público deve ser guiado pela missão da instituição, organograma, público-alvo, perfil epidemiológico da região em que está inserido, pelo desenho da rede de atenção loco-regional (BRASIL, 2013).

Segundo informação do CA, as metas e indicadores estabelecidos nos contratos, eram gerais, comuns a todos os hospitais submetidos a essa modalidade jurídica de gestão, variando, porém, de acordo com porte e especialização do hospital. Assim, trazendo, a discussão do tópico anterior, a limitação a indicadores de desempenho pré-estabelecidos, restringe a capacidade de gestão desses hospitais, à medida que tende à “cegueira” dos gestores diante de problemas-chaves para a concretude efetiva da assistência à saúde, à centralização da tomada de decisão na alta direção, à dificultar o monitoramento e avaliação das metas. Corroborar-se, portanto, com Schier (2005), ao se constatar que o estilo de gestão do H1 incorpora os elementos da iniciativa privada, presa aos resultados, negligenciando os processos, ficando o corpo burocrático restrito a um pequeno núcleo estratégico de gestão.

Essas características evidenciaram-se, também, na gestão do H3, apesar de mais amenas, visto que, foi identificada a construção formal de um plano de ações anual, visando o alcance dos resultados que são avaliados, trimestralmente, pela SESAB.

Em contrapartida, constatou-se através das falas dos diretores do H2, a existência do planejamento estratégico anual e de um planejamento diário, a partir da implementação de outras estratégias, além dos Grupos de Melhorias, das reuniões semestrais, denominadas de “Análise Crítica da Alta Direção”, a fim de atender às metas contratuais e missão do hospital.

Desse modo, foi possível identificar “práticas de planejamento com distintos formatos e racionalidades” (VILASBÔAS; PAIM, 2008, p. 1245), desenvolvidas pelos hospitais, sob o mesmo modelo jurídico de gestão e mesma entidade gestora (nos casos o H1 e H2). A partir da concepção do planejamento referente à organização do trabalho para a realização dos propósitos institucionais, constata-se a possibilidade de desarranjos, na gestão, em decorrência do comprometimento das outras práticas diante de fragilidades no planejamento institucional.

#### d) Monitoramento/Avaliação e Prestação de Contas

A capacidade de gestão de uma instituição também é determinada por uma prestação de contas sistemática, e não casual, e pelo estabelecimento e conhecimento, prévios, de critérios para a sua avaliação (MATUS, 1996), bem como, pela existência de mecanismos de monitoramento e avaliação, fundamental para o acompanhamento da evolução das situações e para análise dos resultados das ações, visando modificá-las a tempo (MATUS, 1997).

Nesse sentido, optou-se por agregar as duas subcategorias, neste tópico de análise: monitoramento/avaliação e prestação de contas, pelo fato de ter sido percebido esta conjugação nas falas dos entrevistados e no cumprimento contratual. Assim, utiliza-se como critérios de análise a sistematicidade da prestação de contas, pela existência de mecanismos formais de monitoramento/avaliação, tanto na relação SESAB/Hospital, como nas práticas gerenciais intra-hospitalares.

De acordo com a PNAHOSP:

Cabe aos hospitais desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão. A gestão participativa e democrática, a atuação da ouvidoria e as pesquisas de satisfação do usuário serão dispositivos de avaliação da gestão interna do hospital e da atenção (BRASIL, 2013).

No que se refere à avaliação e monitoramento e prestação de contas dos hospitais, pela SESAB, conforme estabelecido em contrato, os hospitais eram submetidos à avaliação mensal e trimestral das metas qualitativas e quantitativas a serem atingidas. As metas qualitativas abarcavam indicadores relativos à implementação das comissões, visto que, a implantação era prevista em contrato; à qualidade da atenção, no que se refere à taxa de mortalidade, taxa de ocupação hospitalar e taxa de permanência; à gestão de pessoas, relativo às reuniões realizadas, com foco na educação permanente; e ao desempenho na área de controle social. Já as quantitativas, eram referentes à taxa de internação (BAHIA, 2012).

De acordo com o que já foi discutido, o repasse da verba dependia do alcance dos resultados. A partir da avaliação trimestral, se as metas não fossem alcançadas, o hospital deveria ser glosado, em contrapartida, se o hospital superasse as metas propostas, não havia nenhum tipo de bônus ou incentivo.

Com base no discurso do CA, os hospitais regionais, por vezes, extrapolavam o que é estipulado e isso incluía o H2, lócus deste estudo.

Os hospitais regionais eles, muitas vezes, ultrapassam aquilo estipulado. Porque a gente sabe que nossas metas elas são baseadas na série histórica, mas às vezes a capacidade operacional do hospital é um pouco maior que elas e agente até acha bom que seja porque a gente tem uma margem de trabalho aí, mas nos hospitais de pequeno porte, em função da capacidade tecnológica deles, eles têm dificuldade de cumprir algumas metas. Tipo taxa de ocupação... Eles têm dificuldade! (CA).

Além disso, era previsto, dentro do próprio contrato, a sua revisão anual e modificação no que concerne ao reajuste financeiro, para correção do Índice de Preço ao Consumido (IPC), índice fixado pela procuradoria, e às metas. Contudo, através das falas dos diretores dos hospitais, constatou-se que esse reajuste financeiro não estava ocorrendo.

O gestor da DIRPGI abordou a revisão das metas contratuais a partir das avaliações, as quais indicam mudanças no perfil epidemiológico, mudanças na oferta de serviços da rede de atenção loco-regional, metas que já foram incorporadas na rotina dos hospitais e, então, precisam ser substituídas por outras que ainda não tenha incorporado e que seja importante para o SUS.

Referente ao monitoramento da implementação das políticas públicas de saúde, o CA destacou que alguns indicadores qualitativos, contidos nos contratos, contemplavam diretrizes

políticas propostas. Contudo, reforçou a limitação em contemplar todas as políticas, visto que, elas são mais rápidas do que a capacidade da SESAB em “transformar” os contratos.

Com relação ao monitoramento/avaliação e sistematicidade da prestação de contas, intra-hospitalar, identificou-se diferenças nas práticas de cada hospital. O DG1 revelou implementar o monitoramento/avaliação econômico-financeiro, mensalmente, contendo 20 itens, a fim de acompanhar o que estava se gastando e onde poderia atuar para otimização de recursos. Esse monitoramento era realizado pelo próprio diretor e o acompanhamento e avaliação das metas contratuais, já que o hospital não dispunha de um planejamento estratégico próprio, era feito pelo DA1, visto que, os impressos de todas as comissões e setores, para construção do RIIH, eram entregues a ele.

Mais uma vez, sob o discurso de uma “estrutura enxuta”, o H1 pareceu não ter uma tradição de sistematicidade das ações de planejamento, monitoramento/avaliação e prestação de contas, revelando, portanto, uma capacidade de gestão limitada. Como o própria DA1 relatou, essas práticas, no hospital, eram “soltas”, “atropeladas”, tratadas em reuniões e conversas informais.

O diretor do H3, afirmou a existência de reuniões com todos os líderes para prestação de contas, além de conversas individuais, garantindo a participação de todos no processo. Porém, a prestação de contas era sistematizada de acordo com a avaliação trimestral da SESAB. Já no H2, os diretores revelaram que, além da avaliação trimestral, realizada pela SESAB, implementavam monitoramento/avaliação diários, semestrais e anuais, consoante ao planejamento.

Apesar da prestação de contas ser feita trimestralmente, a gente faz um acompanhamento diário porque é o momento que a gente tem de implementar uma outra ação quando uma não dá certo, entendeu? [...] Agora mesmo a gente vai ter, no final desse mês, a análise crítica da alta direção, justamente, onde os gestores dos setores apresentam todo o desenvolvimento do seu setor, *pra* alta direção, *pra* que a gente possa ver o desempenho daquele setor, do gestor... Propõe as ações no mesmo momento. [...] Semestralmente a gente faz, que já é um acompanhamento mesmo, que dentro desse planejamento, desse desenvolvimento, é que a alta direção também faz o seu macro (DA2).

De acordo com o DG2, essa reunião de “Análise Crítica da Alta Direção”, realizada semestralmente, tinha por objetivo a avaliação dos indicadores internos, os quais contemplavam os estabelecidos no contrato e mais outros construídos pela equipe gestora do

hospital. A construção desses indicadores deu-se durante o processo de acreditação do hospital e o seu monitoramento se perpetuou, sistematicamente.

[...] esses indicadores devem passar de 100. Todos do contratos estão contemplados e mais muitos outros que nós construímos para avaliar **por causa da acreditação**. [...] E esses indicadores, eles são acompanhados e nós temos reuniões, porque isso é lançado no sistema. Cada coordenador lança os seus e aí o sistema dá o desvio, pelo que *tá* preconizado. Nas reuniões, cada coordenador faz a sua apresentação... Caso não atinja, ele vai ter que justificar. Essa justificativa n'ós podemos aceitar ou não. Se não aceitar, ele vai ser advertido e na próxima vez ele vai ter que fazer tudo dentro dos parâmetros (DG2).

Dessa maneira, o diretor expôs dois mecanismos de gerenciamento: o monitoramento e avaliação das metas e indicadores, conforme já explicitado e, um outro mecanismo, diz respeito à parte financeira do hospital, a qual era monitorada e controlada pelo próprio diretor, através do orçamento. Para isso, além do orçamento ser dividido por mês, devido ao repasse da verba ser mensal, era dividido em semanas, o que, segundo o diretor, garantia um controle maior dos gastos e, conseqüentemente, otimização dos recursos.

Percebe-se, portanto, uma maior concretude dos mecanismos de avaliação e práticas sistemáticas de prestação de contas no H2, tendo em vista o seu esforço para a acreditação hospitalar. Ainda assim, considera-se como um importante determinante da capacidade de gestão, pois, de acordo com Matus (1996) cria o hábito naqueles que devem prestar contas das suas ações a atuarem com mais visibilidade em seus atos. O fato do H2 ter sido um hospital acreditado, o colocava em destaque no estilo de gestão adotado, díspar aos seguidos por hospitais que eram geridos por modelos equivalentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados alcançados apontaram fragilidades na capacidade de gestão que, neste estudo, apresentaram variações concernentes ao estilo de gestão adotado por cada unidade hospitalar. Entretanto, averiguou-se que as disparidades entre as capacidades de gestão, não podem ser atribuídas nem às características particulares da organização hospitalar, nem à entidade gestora, mas, segundo a reflexão deste estudo, parecem estar mais relacionadas,

primeiro, à persistência das diretorias no hospital (inércia institucional) e, segundo, a elementos do contexto administrativo e político (esforço para acreditação hospitalar).

O referencial teórico adotado, ao mesmo tempo que permitiu uma captura dos resultados em um patamar mais amplo, ele também direcionou a cooptação do material empírico, dado que a análise foi projetada a partir dele. Isto significa que outras leituras, do mesmo evento, são possíveis. Por outro lado, o material empírico obrigou a remodelagem de um dos aspectos da CG, o desenho organizativo, no que tange à *relação hospital/SESAB*, configurando-se como um dos principais nós da capacidade de gestão dos hospitais publicizados. Desse modo, partindo de uma análise geral, observou-se que as fragilidades encontradas ficaram mais evidentes neste aspecto, referente à opacidade revelada pela gestão dos hospitais publicizados, em confronto com a anunciada transparência de governo; ao descumprimento contratual, pela SESAB, tanto no repasse mensal das verbas quanto no reajuste contratual; à passividade e baixa efetividade dos mecanismos de controle social; à inexistência de uma missão própria, das unidades, que traduzam as especificidades loco-regionais e institucionais.

Destaca-se a importância deste estudo, diante da escassez de publicações, sobre o tema, especialmente, no estado da Bahia e, sobretudo, sob a perspectiva adotada. Sabe-se que a limitação metodológica impediu uma análise mais aprofundada, entretanto, acredita-se que os dados encontrados podem melhor alicerçar técnica e politicamente as práticas de gestão, no cenário da publicização hospitalar.

Por fim, entende-se que a sociedade precisa ser convencida sobre as vantagens destes modelos de gestão indireta, já que, a dificuldade de acesso às informações, em especial aos contratos, revelada por este estudo, dificulta esse convencimento, do mesmo modo que a atuação observada do CES precisa superar a omissão em relação à política de atenção hospitalar, da Bahia. Salienta-se, portanto, a necessidade de outros estudos, sob outras perspectivas, que analisem a capacidade gerencial dos hospitais publicizados, a partir de uma realidade diferenciada, da que é expressa pelo governo, demonstrando não só os seus sucessos, mas também, descompassos, contradições, paradoxos, fragilidades...

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. PPP na saúde: experiências e tendências. **Revista do GVsaúde da FGV-EAESP**, São Paulo, ed. especial, p. 23-27, jun. 2012.

ALÓ, C.C; LEITE, J.C.S.P. **Uma Abordagem para Transparência em Processos Organizacionais Utilizando Aspectos**. 2009. 328f. Tese (Doutorado em Ciências - Informática) Departamento de Informática, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BAHIA. **Lei nº 7027**, de 29 de janeiro de 1997. Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dá outras providências. Salvador, 29 de jan. 1997.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.647**, de 29 de julho de 2003. Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências. Salvador, 30 de jul. 2003.

\_\_\_\_\_, Secretaria de Administração. **Manual de Constituição de Organizações Sociais**. Salvador: Secretaria de Administração, 2004.

\_\_\_\_\_, Secretaria de Saúde do Estado. **Editais de Seleção nº 004/2012**: Gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Professor Carvalho Luz. 4 de abr. 2012.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 13ª Reunião Extraordinária**. Salvador, 29 de mai. 2013a.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 204ª Reunião Ordinária**. Salvador, 13 de dez.. 2013b.

BAHIA, P.I.V.C; CARVALHO, P.M. Organizações Sociais: Qualificação como um ato vinculado do poder público. 1998. Disponível em:  
<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/Congresso/wtese21.htm>> Acesso em: 02 de fev. 2015.

BARRETO, M.I. As organizações sociais na reforma do Estado brasileiro. In: BRESSER-PEREIRA, L. **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, p. 60-67, 1999.

BRASIL, Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.666**, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 22 de jun. 1993.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Lei nº 9.637**, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, 18 de mai. 1998.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Lei 12.527**, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, 19 de nov. 2011.

\_\_\_\_\_, Tribunal de Contas da União. **Relatório de auditoria operacional**: transferência do gerenciamento de serviços públicos de saúde a Organizações Sociais. Brasília: Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 30 de dezembro de 2013.

COELHO, T.C.B; PAIM, J.S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.** [on line], Rio de Janeiro, v.21, n .5, p. 1373-1382, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/09.pdf> > Acesso em: 10 de out. 2013.

COSTA, F.L. da. Estado, reforma do Estado e democracia no Brasil da Nova República. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 4, p. 71-82, 1998.

COVEY, S.R. **Liderança baseada em princípios**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

\_\_\_\_\_. **Os sete hábitos das pessoas muito eficazes**. Tradução de Celso Nogueira. Rio de Janeiro: BesteSeller, ed. 23, 440p., 2005.

FIGUEIREDO, V.S; SANTOS, W.J.L dos. Transparência e controle social na administração pública. **Temas da Administração Pública** [on line], v.8, n.1, 2013. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/temasadm/article/view/6327/4715>> Acessado em: 10 de fev. 2015.

FONESECA, L.A.M. Visão, missão e cenários estratégicos nas instituições públicas. 2010. Disponível em:< [http://www.seplan.am.gov.br/arquivos/download/arqeditor/artigo\\_02.pdf](http://www.seplan.am.gov.br/arquivos/download/arqeditor/artigo_02.pdf) > Acesso em: 15 de fev. 2015.

GOMES, E.G.M. **Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública**: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais. 2009. 187p. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009.

GONÇALVES, W. **Parecer sobre terceirização e parceiros na Saúde Pública**. Rio Grande do Sul: Ministério Público. 1998. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/dirhum/doutrina/id239.htm>> Acesso em: 10 de dezembro de 2014.

GUIMARÃES, M. C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais : uma proposta metodológica. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1642-1650, nov-dez, 2004.

HOPPEN, N. Resolução de problemas, tomada de decisão e sistemas de informações, Programa de eficácia gerencial. **Caderno de administração geral**. Porto Alegre, 8p, 1992.

KAYANO, J.; TATAGIBA, L.; TEIXEIRA, A.C.C. Saúde: controle social e política pública. **Cad. 29 do Observatório dos Direitos do Cidadão**, São Paulo, 2007.

LIMA, J.C. **Gestão estratégica de sistemas de saúde**: estudo de caso de uma região de saúde à luz da teoria das macroorganizações. 2003. 182p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MACHADO, C.V. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. **PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 105-197, 2001.

MARQUIS, L.M; HUSTON, C.J.(Orgs). Visões clássicas de liderança e tomada de decisão. In: **Administração e Liderança em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 6 ed., p.51-70, 2010.

MATUS, Carlos. **Política, Planejamento e Governo**. Tomo I. Insitituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 143: Brasília, 1993.

MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente: Governantes Governados**. São Paulo: Fundap; 1996.

\_\_\_\_\_. **Los três cinturones del gobierno**. Caracas – Venezuela: Fundação ALTADIR, 1997.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 25. ed., 2000.

MELO, C.M.M. et al. **Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidade de saúde do SUS municipal**. Relatório final de pesquisa. 225p. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2009.

MINAYO, M.C.S (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 29. ed., 2010.

MORGAN, G. **Imagens da organização**: edição executiva. Tradução Geni G. Goldschmidt. - 2. ed. - 4a reimpressão. São Paulo: Atlas, 2002.

NASCIMENTO, A.M, et al. Um estudo sobre os efeitos dos estilos de gestão nos resultados econômicos das empresas. In: **Anais do XXXII Encontro do ANPAD**, 2008, Rio de Janeiro, p. 1-16, 2008.

PAIM, J.S. Planejamento em Saúde para não Especialistas. In.: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, p. 767-782, 2007.

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

QUINQUIOLO, J. M. **Avaliação da Eficácia de um Sistema de Gerenciamento para Melhorias Implantado na Área de Carroceria de uma Linha de Produção Automotiva**. Taubaté/SP: Universidade de Taubaté, 2002.

SANO H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e Resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. **RAE**, v. 48, n.3, jul./set. 2008.

SCHIER, A. C. R. Da Administração Pública Burocrática à gerencial: a influência de Max Weber. **Revista Crítica Jurídica**, n. 24, p. 21-50, 2005.

VILASBÔAS, A.L.Q; PAIM, J.S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p.1239-1250, jun. 2008.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ao analisar a capacidade de gestão de hospitais publicizados, permitiu uma investigação acerca do processo de publicização hospitalar, na Bahia, e conseqüentemente, apresentar o seu pioneirismo na criação das OSS, especialmente, para a gestão da sua rede hospitalar. Tendo a incorporação dessas entidades adiada, a priori, diante de fortes oposições políticas ao processo, constatou-se a ascensão das terceirizações, a partir do ano de 1996, mesmo sem uma legislação que autorizasse a publicização sob esse tipo de contrato jurídico. Nesse contexto, identificou-se o crescimento exponencial das OSS, no cenário hospitalar baiano, a partir de 2005, momento em que a oposição política, no estado, ganhava terreno para o velho “carlismo” das décadas da ditadura militar.

A vitória do PT nas eleições de 2007 trouxe um novo projeto de Fundações Estatais que não conseguiu impor-se, cedendo espaço para o retorno das OSS como modalidade preferencial de gestão hospitalar na Bahia, a despeito dos discursos críticos de outrora. Dessa forma, foi possível identificar, ao longo desse processo, variações no discurso governamental da saúde, que antes se opunha à publicização e que, por mudanças no contexto político e interesses diversos (o que não é contemplado pela proposta desta investigação) passaram a defender a resolutividade das novas modalidades de gestão indireta.

Na jornada de migração das terceirizações para OSS, pôde-se visualizar um processo de brotamento de entidades a partir de OSS já consolidadas, em parceria com executivos, membros oriundos do ramo privado da construção civil. Estas novas entidades “camaleônicas”, diante do ocaso das terceirizações, mudaram sua identidade jurídica para atender ao novo discurso estadual da saúde, de que as OSS são “como se fosse o próprio Estado”, pois estariam isentas de lucratividade nas suas práticas. Assim, o Programa de Publicização permitia que entidades pré-existentes fossem travestidas em OSS, para atender aos anseios políticos. Aliado a isso, constatou-se, também, uma alternância de cargos diretivos (bem remunerados), entre as entidades. A remuneração desses cargos, nos hospitais, denuncia a existência de interesse econômico, camuflado, na atuação das OSS, uma vez que, essas entidades não podem ter “lucro”. Por outro lado, sabe-se da existência de um controle sistemático, diretamente pela SESAB, dos gastos efetuados pelos hospitais.

Os resultados alcançados apontaram, também, fragilidades na capacidade de gestão, apresentando variações concernentes ao estilo de gestão adotado, por cada unidade hospitalar. Entretanto, averiguou-se que as disparidades entre as capacidades de gestão, não podem ser

atribuídas nem às características particulares da organização hospitalar, nem à entidade gestora, mas, segundo a reflexão deste estudo, parecem estar mais relacionadas, primeiro, à persistência gerencial na alta direção dos hospitais (inércia institucional) e, segundo, a elementos do contexto administrativo e político (esforço para acreditação hospitalar).

O referencial teórico adotado, ao mesmo tempo, que permitiu uma captura dos resultados em um patamar mais amplo, ele também direcionou a cooptação do material empírico, dado que a análise foi projetada a partir dele. Isto significa que outras leituras do mesmo evento, são possíveis. Por outro lado, o material empírico obrigou a remodelagem de um dos aspectos da CG, o desenho organizativo, no que tange à *relação hospital/SESAB*, configurando-se como um dos principais nós da capacidade de gestão dos hospitais publicizados. Destarte, partindo de uma análise geral, observou-se que as fragilidades encontradas ficaram mais evidentes neste aspecto, referentes à opacidade revelada pela gestão dos hospitais publicizados, em confronto com a anunciada transparência de governo; ao descumprimento contratual, pela SESAB, tanto no repasse mensal da verba, quanto no reajuste contratual; à passividade e baixa efetividade dos mecanismos de controle social; à inexistência de uma missão própria, das unidades, que traduzam as especificidades loco-regionais e institucionais.

Em especial, este estudo aponta para o fortalecimento do CES como espaço autônomo e verdadeiramente representativo, pois, veio de lá o único suspiro de crítica e indignação à inoperância dos controles sob a gestão hospitalar. Entretanto, o afrouxamento deste Conselho nas deliberações para as publicizações e aditivos contratuais expressou a sua omissão com relação à política hospitalar, na Bahia. A partir da análise das Atas do Conselho, identificou-se, apenas, a emissão de opiniões contrárias ao processo, sem um exame das motivações e repercussões para a gestão hospitalar. Vê-se, por conseguinte, que o CES precisa ser menos omissivo em relação à política hospitalar, na Bahia, especialmente no que se refere à transferência da gestão desses hospitais, ao setor privado.

Destaca-se, portanto, a importância deste estudo, diante da escassez de publicações, sobre o tema, especialmente, no estado da Bahia, sob a perspectiva adotada. Entende-se que esta investigação permitiu uma visão ampla da progressão das publicizações da gestão hospitalar baiana, entretanto, sob discursos eminentemente políticos. Sabe-se que a limitação metodológica impediu uma análise mais aprofundada, entretanto, acredita-se que os dados encontrados podem melhor alicerçar técnica e politicamente as práticas de gestão, no cenário da publicização hospitalar.

Assim, conclui-se que a sociedade precisa ser convencida da “superioridade” destes modelos de gestão indireta, já que, a dificuldade de acesso às informações, em especial aos contratos, revelada por este estudo, dificulta esse convencimento. Salienta-se, portanto, a necessidade de outros estudos, sob outras perspectivas, que analisem a capacidade gerencial dos hospitais publicizados. Além disso, que contemplem, principalmente, os resultados alcançados, até agora, pela gestão indireta, bem como, as vantagens ou situações em que essa opção tenha se mostrado mais interessante, já que, conforme apontado nesta pesquisa, a gestão indireta, sob a ótica neoliberalista do governo, parece ser a “salvação” do setor hospitalar público, na Bahia.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. PPP na saúde: experiências e tendências. **Revista do GVsaúde da FGV-EAESP**, São Paulo, ed. especial, p. 23-27, jun. 2012.

ALÓ, C.C; LEITE, J.C.S.P. **Uma Abordagem para Transparência em Processos Organizacionais Utilizando Aspectos**. 2009. 328f. Tese (Doutorado em Ciências - Informática) Departamento de Informática, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

ANDRADE, L.S. **Gestão estadual da atenção básica: características do processo de trabalho uma diretoria regional de saúde da Bahia**. 2011. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2011.

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

BAHIA, Governo do Estado. **Lei nº 7027**, de 29 de janeiro de 1997. Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dá outras providências. Salvador, 29 de jan. 1997a

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. **Decreto nº 6480**, de 14 de novembro de 1997. Regulamenta a Lei nº 7.027, de 29 de janeiro de 1997, que instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, e dá outras providências. Salvador, 15 de nov. 1997b

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. **Decreto nº 7007**, de 14 de novembro de 1997. Regulamenta a Lei nº 7.027, de 29 de janeiro de 1997, que instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, e dá outras providências. Salvador, 15 de nov. 1997c

BAHIA. Secretaria de Administração. **O processo de modernização do Estado: Os avanços de uma década 1991-2001**. Salvador: Secretaria de Administração: Escola de Administração da UFBA, 2002.

BAHIA. Governo do Estado. **Lei nº 8.647**, de 29 de julho de 2003. Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências. Salvador, 30 de jul. 2003.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. **Decreto nº 8.890**, de 22 de Janeiro de 2004. Regulamenta a Lei no 8.647, de 29 de julho de 2003, que dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais, revoga os Decretos nos 7.007 e 7.008, de 14 de novembro de 1997, e dá outras providências. Salvador, 23 de janeiro de 2004a.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. **Lei nº 9.290** de 27 de dezembro de 2004. Institui o Programa de Parcerias Público-Privadas do Estado da Bahia - PPP Bahia e dá outras providências. 2004b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Administração. **Manual de Constituição de Organizações Sociais**. Salvador: Secretaria de Administração, 2004c.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 134ª Reunião Ordinária**. Salvador, 31 de out. 2007.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 135ª Reunião Ordinária**. Salvador, 29 de nov. 2007.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 139ª Reunião Ordinária**. Salvador, 27 de mar. 2008.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 159ª Reunião Ordinária**. Salvador, 16 de dez. 2009.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 159ª Reunião Ordinária**. Salvador, 16 de dez. 2009.

\_\_\_\_\_, Secretaria de Saúde do Estado. **Edital de Seleção nº 004/2012: Gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Professor Carvalho Luz**. 4 de abr. 2012.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 189ª Reunião Ordinária**. Salvador, 09 de ago. 2012.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 13ª Reunião Extraordinária**. Salvador, 29 de mai. 2013a.

\_\_\_\_\_, Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 204ª Reunião Ordinária**. Salvador, 13 de dez.. 2013b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. Gestão da Rede Própria. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37)> Acesso em: 15 de agosto de 2013c

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. Parcerias Público-Privadas em saúde. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8143&catid=31&Itemid=31](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8143&catid=31&Itemid=31)> Acesso em: 08 de agosto de 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. Unidades Geridas por Organizações Sociais. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/dgrp/index.php?option=com\\_content&view=article&id=299&catid=70&Itemid=175#](http://www.saude.ba.gov.br/dgrp/index.php?option=com_content&view=article&id=299&catid=70&Itemid=175#)> Acesso em: 23 de janeiro de 2015<sup>a</sup>.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. Unidades Geridas por Terceirização. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/dgrp/index.php?option=com\\_content&view=article&id=300&catid=70&Itemid=176](http://www.saude.ba.gov.br/dgrp/index.php?option=com_content&view=article&id=300&catid=70&Itemid=176)> Acesso em: 23 de janeiro de 2015b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. Gestão da Rede Própria. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37)> Acesso em: 23 de janeiro de 2015c

BAHIA, P.I.V.C; CARVALHO, P.M. Organizações Sociais: Qualificação como um ato vinculado do poder público. 1998. Disponível em:

<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/Congresso/wtese21.htm>>

Acesso em: 02 de fev. 2015.

BARRETO, M.I. As organizações sociais na reforma do Estado brasileiro. In: BRESSER-PEREIRA, L. **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, p. 60-67, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conceitos e Definições em Saúde**. Brasília: Secretaria Nacional de Ações Básicas em Saúde – Coordenação de Assistência Médica e hospitalar, 1977.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 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. Brasília, 20 de set. 1990

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.666**, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 22 de jun. 1993.

\_\_\_\_\_, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, 1995.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Lei nº 9.637**, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, 18 de mai. 1998.

\_\_\_\_\_, Presidência da República **Medida Provisória nº 1591**, de 9 de outubro de 1997. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, 10 de out. 1997.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Lei nº 11.079**, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília, 31 de dez. 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, v. 3, 2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde**: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_, Tribunal de Contas da União. **Relatório de auditoria operacional**: transferência do gerenciamento de serviços públicos de saúde a Organizações Sociais. Brasília: Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 30 de dezembro de 2013a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/> > Acesso em: 15 de novembro de 2013b.

BRESSER PEREIRA, L.C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v.47, n.1, jan-abr. 1996.

CAMPOS, A.C. Por um sistema de saúde mais eficiente. **Cad. de Economia** [on line], Ano XX, p. 9-15, jul./Set. 2007. Disponível em: <[http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/4BB90E5E-FC90-461D-BF2C-416ED8E77308/0/CE80Antonio\\_Correia\\_de\\_Campos.pdf](http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/4BB90E5E-FC90-461D-BF2C-416ED8E77308/0/CE80Antonio_Correia_de_Campos.pdf)> Acesso em: 08 de janeiro de 2014.

CARRERA, M.B.M. **Parceria público-privada na saúde no Brasil**: Estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia. 2012. 106p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

CARRERA, M.B.M; MALIK, A.M. Gestão Pública da Saúde no Brasil: Perspectivas e Desafios das Organização Social e Parceria Público-Privada (PPP). In: **Anais do XXXVII Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro, 2013.

CARVALHO FILHO, J. S. **Manual de Direito Administrativo**. São Paulo: Editora Atlas, 2012.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2003.

COELHO, T.C.B; PAIM, J.S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.** [on line], Rio de Janeiro, v.21, n .5, p. 1373-1382, set. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/09.pdf>> Acesso em: 10 de out. 2013.

COSTA, F. L. Estado, reforma do Estado e democracia no Brasil da Nova República. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 4, p. 71-82, 1998.

COVEY, S.R. **Liderança baseada em princípios**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

\_\_\_\_\_. **Os sete hábitos das pessoas muito eficazes.** Tradução de Celso Nogueira. Rio de Janeiro: BesteSeller, ed. 23, 440p., 2005.

DANTAS NETO, P. F. **Surf nas ondas do tempo: do carlismo histórico ao carlismo pós-carlista.** *Cadernos do CRH (UFBA)*, Salvador, v. 39, p. 213-255, 2003.

DI PIETRO, M.S.Z. **Parcerias na Administração Pública.** 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

FERLIE, E. et al. **A nova administração pública em ação.** Brasília: Editora da Universidade de Brasília/Escola Nacional de Administração Pública, 1999.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio:** Dicionário da Língua Português. 8ª ed. Curitiba, Posigraf, 2010.

FIGUEIREDO, V.S; SANTOS, W.J.L dos. Transparência e controle social na administração pública. **Temas da Administração Pública** [on line], v.8, n.1, 2013. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/temasadm/article/view/6327/4715>> Acessado em: 10 de fev. 2015,

FONESECA, L.A.M. Visão, missão e cenários estratégicos nas instituições públicas. 2010. Disponível em: < [http://www.seplan.am.gov.br/arquivos/download/arqeditor/artigo\\_02.pdf](http://www.seplan.am.gov.br/arquivos/download/arqeditor/artigo_02.pdf) > Acesso em: 15 de fev. 2015.

FORGIA, G.M.L; COUTTOLENC, B.F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência.** São Paulo: Singular, 2009.

GASPARINI, D. **Direito administrativo.** São Paulo : Saraiva, 7 ed. rev. e atual., 2002.

GOMES, E.G.M. **Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública:** uma análise à luz da experiência de Minas Gerais. 2009. 187p. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009.

GOMES, R. Análise e interpretação do dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.(Org.). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, cap.4, 29. ed., 2010.

GONÇALVES, W. **Parecer sobre terceirização e parceiros na Saúde Pública.** Rio Grande do Sul: Ministério Público. 1998. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/dirhum/doutrina/id239.htm>> Acesso em: 10 de dezembro de 2014.

GUIMARÃES, M. C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais : uma proposta metodológica. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1642-1650, nov-dez. 2004.

HOPPEN, N. Resolução de problemas, tomada de decisão e sistemas de informações, Programa de eficácia gerencial. **Caderno de administração geral.** Porto Alegre, 8p, 1992.

KAYANO, J. et al. Saúde: controle social e política pública. **Cad. 29 do Observatório dos Direitos do Cidadão**, São Paulo, 2007.

KEINERT, T.M.M. et al. Delegação na prestação de serviços de saúde no estado da Bahia. In: **Inovação e cooperação intergovernamental: microregionalização, consórcios, parcerias e terceirizações na saúde**. São Paulo: Annablume, p. 123-126, 2006.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora UFMG: Artmed, 1999.

LEMONS, V.M.F; ROCHA, M.H.P. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. In: **Anais do VII Congresso Nacional e Excelência em gestão**. Rio de Janeiro, 2011.

LIMA, J.C. **Gestão estratégica de sistemas de saúde: estudo de caso de uma região de saúde à luz da teoria das macroorganizações**. 2003. 182p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

LIMA, S.M.L. et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [on line], vol.20, n.5, p. 1249-1261, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/19.pdf>> Acesso em: 10 de agosto de 2013.

MAGALHÃES NETTO, J.M. **Hospital público é terceirizado e recebe certificado ISO 9002**. São Paulo: Folha de São Paulo, 11 de junho de 2000. Entrevista cedida a Marcos Vita.

MAGALHÃES, M.G. **Gestão do Hospital São João Batista -Contribuições para o Desenvolvimento de uma Gestão Participativa e Descentralizada**. 2006.153 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

MACHADO, C.V. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. **PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 105-197, 2001.

MARQUIS, L.M; HUSTON, C.J.(Orgs). Visões clássicas de liderança e tomada de decisão. In: **Administração e Liderança em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 6 ed., p.51-70, 2010.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Tomo I. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 143, 1993.

\_\_\_\_\_. **Adeus, Senhor Presidente: Governantes Governados**. São Paulo: Fundap; 1996.

\_\_\_\_\_. **Los três cinturones del gobierno**. Caracas – Venezuela: Fundação ALTADIR, 1997.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 25. ed., 2000.

MELO, C.M.M. et al. **Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidade de saúde do SUS municipal**. Relatório final de pesquisa. 225p. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2009.

MESQUITA, D. Parcerias Público-Privadas: História e Estruturação. **Debates GV Saúde: Organizações Sociais e Paercerias Público-Privadas**, São Paulo, v.1. p. 20-22. 2006.

MINAYO, M.C.S.(Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 29. ed., 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 12 ed, 2012.

MORAES, R.C. Reformas neoliberais e políticas públicas: hegemonia ideológica e redefinição das relações Estado-sociedade. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 13-25, 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12921.pdf> >. Acesso em: 15 de agosto de 2013.

MORGAN, G. **Imagens da organização**: edição executiva. Tradução Geni G. Goldschmidt. - 2. ed. - 4a reimpressão. São Paulo: Atlas, 2002.

NASCIMENTO, A.M, et al. Um estudo sobre os efeitos dos estilos de gestão nos resultados econômicos das empresas. In: **Anais do XXXII Encontro do ANPAD**, 2008, Rio de Janeiro, p. 1-16, 2008.

PACHECO et al. O ciclo PDCA na gestão do conhecimento: uma abordagem sistêmica. [2006]. Disponível em: <<http://www.issbrasil.usp.br/issbrasil/pdfs2/ana.pdf>> Acesso em: 15 de fevereiro de 2015.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e a municipalização. In: PAIM, J.S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, p.195-208, 2002.

PALOMO, J.S.H. **O papel e a participação das fundações nos hospitais públicos**. Dissertação de mestrado. 1998. 108p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1998.

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

QUINQUIOLO, J. M. **Avaliação da Eficácia de um Sistema de Gerenciamento para Melhorias Implantado na Área de Carroceria de uma Linha de Produção Automotiva**. Taubaté/SP: Universidade de Taubaté, 2002.

RAIMUNDINI, S. L. et al. Aplicabilidade do custeio baseado em atividades: comparação entre hospital público e privado. In: **Anais do XI Congresso Brasileiro de Custos**, Porto Seguro, 2004.

RAMOS, G.S. **O Balanced ScoreCard (BSC) como ferramenta de gestão: um estudo de caso na administração tributária de Minas Gerais**. 2006. 149p. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) - Faculdade de Ciências Humanas Dr. Pedro Leopoldo, Minas Gerais, 2006.

SANO H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e Resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. **RAE**, vol. 48, n.3, jul./set. 2008.

SANTANA, J.S.S; NASCIMENTO, M.A.A (orgs.) **Pesquisa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010.

SCHIER, A. C. R. Da Administração Pública Burocrática à gerencial: a influência de Max Weber. **Revista Crítica Jurídica**, n. 24, p. 21-50, 2005.

SOLLA, J. **Valorização profissional na pauta da secretaria**. Jan/fev. 2007. Entrevista cedida à Revista Luta Médica, ano I, nº 2, 2007.

SOLLA, J. **Fundações Estatais de Direito Privado: projeto avança no Congresso e nos estados**. Mar. 2009. Entrevista cedida à Revista Radis, n. 79, 2009.

SOUZA, M.C.D. PPP na saúde: experiências e tendências. **Revista do GVsaúde da FGV-EAESP**, São Paulo, ed. especial, p. 28-35, jun. 2012.

SUNDFELD, C. A. Debates jurídicos das Parcerias Público-Privadas. **Revista do GVsaúde da FGV-EAESP**, São Paulo, v. 1, 2006.

TEIXEIRA, J.M.C. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação. In: GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo, Pioneira, 1983.

TOCANTINS. **Lei nº 762**, de 26 de junho de 1995. Autoriza o Poder Executivo a celebrar convênios para concessão de uso de bens móveis e imóveis da rede hospitalar do Estado. Palmas, 26 de jun. 1995.

TONI, J. de. Profissionalização da gestão pública e metodologia participativa. **X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. Santiago, Chile, 18 - 21 Out. 2005

VILASBÔAS, A.L.Q; PAIM, J.S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p.1239-1250, jun. 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso – planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman. 2 ed. 2001

# APÊNDICES

## APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A ALTA DIREÇÃO DOS HOSPITAIS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**TÍTULO DA PESQUISA:** Capacidade de gestão de hospitais públicos: o caso das publicizações no estado da Bahia.

**AUTORA:** Manoela Cerqueira Reis

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Thereza Christina Bahia Coelho

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTOR DA ALTA DIREÇÃO DE HOSPITAIS PUBLICIZADOS - SESAB

ENTREVISTA Nº:

Código Entrevistado:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)

1.1 Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

1.2 Idade: \_\_\_\_anos

#### 2. QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE CAPACIDADE DE GESTÃO

##### 2.1. Categoria: Perícia dos Gestores

2.1.1 Formação: \_\_\_\_\_

2.1.2 Pós-Graduação: Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

2.1.3 Cargo que ocupa: \_\_\_\_\_

2.1.4 Tempo que atua como gestor no Hospital: \_\_\_\_\_

2.1.5 Já ocupou outros cargos de gerência anteriormente? Sim ( ) Não ( )

Onde? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

2.1.6 Quais os mecanismos / estratégias que o (a) Sr. (a) utiliza para o enfrentamento de problemas? Como o (a) Sr. (a) conduz seus planos em momentos de crise?

## 2.2. Categoria: Desenho Organizativo

- 2.2.1 Na sua opinião, o que mobiliza/motiva esta Empresa a assumir a gestão deste hospital?
- 2.2.2 Fale-me um pouco sobre a relação estabelecida entre este hospital e a SESAB.
- 2.2.3 Qual é a **missão** deste hospital?
- Como foi formulada?
  - Quem participou?
  - Foram levados em conta os interesses e estratégias dos atores envolvidos?
- 2.2.4 Como a gestão deste hospital é organizada para atender à missão e objetivos dessa Organização?

## 2.3 Categoria: Práticas de Trabalho

- 2.3.1 Como se dá a prática cotidiana da sua gestão? Como o (a) Sr. (a) ocupa o seu tempo no dia a dia do trabalho?
- 2.3.2 Como é constituída a sua agenda diária, semanal? Quem é responsável pela elaboração de sua agenda?
- 2.3.3 Como são selecionadas as prioridades da sua agenda? Baseadas em que?
- Como foram definidas estas prioridades?
  - Quem participou?
  - Por que elas foram consideradas prioridades?
  - Elas estão explícitas em algum documento?
- 2.3.4 A Diretoria possui uma equipe, formalmente constituída, que realize a descrição e análise de problemas que surgem no hospital, antes que estes problemas cheguem até você? Se sim:
- Como tem funcionado?
  - Quantos e quais são os componentes?
  - Qual a frequência das reuniões:
  - Qual sua avaliação quanto ao trabalho desenvolvido?
- 2.3.5 Como se dá a de tomada de decisão na alta direção deste hospital?
- Quem participa?
  - Em que você se baseia momentos antes de tomar uma decisão importante? (tomar como referência maioria das vezes)
- 2.3.6 O (a) Sr (a) tem autonomia para tomar a maioria das decisões? (definição de plano de ação, condições para execução do plano, construção de espaços e instrumentos de comunicação/negociação com a SESAB).
- 2.3.7 Como é elaborada a programação das ações do Hospitais? Utiliza algum método, técnica e instrumento para planejamento?
- Com que periodicidade?
  - Quem participa?

- 2.3.8 Esta diretoria realiza avaliações e monitoramento das metas previstas no plano estabelecido para o hospital?
- Como é feita a avaliação?
  - Com que periodicidade?
  - Quem participa?
- 2.3.9 Quais são os mecanismos de avaliação / prestação de contas? (frequência, tipo, definição dos critérios, avaliação e acompanhamento, instrumentos utilizados). Quem participa?
- 2.3.10 Sobre a sua atuação, quais são os limites/dificuldades, avanços/facilidades?

## APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTOR DA DIRPGI-SESAB.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**TÍTULO DA PESQUISA:** Capacidade de gestão de hospitais públicos: o caso das publicizações no estado da Bahia.

**AUTORA:** Manoela Cerqueira Reis

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Thereza Christina Bahia Coelho

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTOR DA DIRPGI - SESAB

#### 1. CARACTERIZAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)

1.1 Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

1.2 Idade: \_\_\_\_\_ anos

1.3 Formação: \_\_\_\_\_

1.4 Pós-Graduação: Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

1.5 Cargo que ocupa: \_\_\_\_\_

1.6 Tempo que atua como gestor na Secretaria: \_\_\_\_\_

1.7 Já ocupou outros cargos de gerência anteriormente? Sim ( ) Não ( )

Onde? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

ENTREVISTA N°:

Código Entrevistado:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

#### 2. QUESTÕES ORIENTADORAS

2.2 Como funciona esta Diretoria? Qual a sua função?

2.3 Na sua opinião, o que mobiliza, motiva, as Organizações Sociais a assumirem a gestão de um hospital?

2.4 Como tem se dado o processo de contratualização dos hospitais com a SESAB? Existe outro hospital que está em processo de contratualização?

2.5 De que forma é feito o repasse de verba para o Hospital?

2.5 Fale-me um pouco sobre a relação estabelecida entre esta diretoria e os Hospitais.

2.6 Como é o processo de negociação entre o hospital e esta diretoria?

- Que questões são mais frequentemente colocadas em negociação?
- Quais os principais espaços de negociação?
- Quais as dificuldades?
- O que é mais frequente: acordos ou desacordos? Por que?
- Como o conflito é gerenciado?

2.7 Quais são os principais espaços de comunicação entre a diretoria e o hospital? (fóruns, Colegiado de Gestão, encontros, outros)?

- Qual o objetivo?
- Como funcionam?
- Que temas ocupam maior parte das discussões?
- Quem participa?
- Qual sua avaliação quanto a este processo?
- Quais são as vantagens? Quais são as desvantagens?

2.8 Qual o grau de autonomia dos Hospitais?

2.9 O Hospital tem Conselho de Gestão? ASESAB participa?

2.10 Esta diretoria realiza avaliações e monitoramento das metas previstas no contrato com o hospital?

- Como é feita a avaliação?
- Com que periodicidade?
- Quem participa?
- Qual o instrumento utilizado?

2.11 O hospital tem atingido as metas? Existe alguma espécie de ônus, caso o hospital não atinja essas metas?

2.12 Esta diretoria utiliza mecanismos para avaliação / prestação de contas do Hospital?

- Frequência?
- Instrumentos utilizado?
- Quem participa?

2.13 Como é a relação do Hospital com a Rede Básica?

2.14 Na sua opinião, o hospital tem atingido as expectativas de gestão da SESAB

**APÊNDICE C – MODELO DO REGISTRO DAS IMPRESSÕES DA PESQUISADORA**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**TÍTULO DA PESQUISA:** Capacidade de gestão de hospitais públicos: o caso das publicizações no estado da Bahia.

**AUTORA:** Manoela Cerqueira Reis

**ORIENTADORA:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Thereza Christina Bahia Coelho

---

**Elementos de Interesse Observados**

1. Impressões de Sala de Espera;
2. Impressões do Entrevistado (inclui elementos faciais, tom de voz e outras comunicações não verbais, ou verbais sem autorização para gravação observados durante a entrevista);
3. Contexto de realização das entrevistas (inclui interrupções, pausas, local onde foi realizada, etc.).
4. Outras observações.

**APÊNDICE D – MODELO DA PLANILHA PARA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**TÍTULO DA PESQUISA:** Capacidade de gestão de hospitais públicos: o caso das publicizações no estado da Bahia

**AUTORA:** Manoela Cerqueira Reis

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Thereza Christina Bahia Coelho

	H1		H2		H3	DIRPGI
<b>CARACTERIZAÇÃO</b>	DG1	DA1	DG2	DA2	DG3	CGI
<b>Idade</b>						
<b>Sexo</b>						
<b>Formação</b>						
<b>Pós-Graduação</b>						
<b>Experiência</b>						
<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>CATEGORIAS</b>					
	<b>Perícia dos Gestores</b>					
<b>Competência/Habilidades</b>						
	<b>Práticas de Trabalho</b>					
<b>Agenda do gestor</b>						

<b>Processo decisório</b>						
<b>Planejamento</b>						
<b>Monitoramento/Avaliação</b>						
<b>Prestação de contas</b>						
<b>Relação Hospital/SESAB</b>						
<b>Transparência</b>						
	<b>Desenho Organizativo</b>					
<b>Transparência</b>						
<b>Estrutura</b>						
<b>Missão</b>						

## APÊNDICE E – MODELO DA PLANILHA PARA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**TÍTULO DA PESQUISA:** Capacidade de gestão de hospitais públicos: o caso das publicizações no estado da Bahia

**AUTORA:** Manoela Cerqueira Reis

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Thereza Christina Bahia Coelho

DOCUMENTO	AUTOR	DATA	SÍNTESE
Ata do CES n° ____	CES	____/____/____	
Edital de Seleção do Hospital Professor Carvalho Luz.	SESAB	2012	
Relatório de auditoria operacional do TCU.	TCU	2012	
Política Nacional de Atenção Hospitalar.	MS	2013	
Lista dos hospitais que compõem a RHP, sob gestão indireta.	SESAB	2014	

## APÊNDICE F – SÍNTESE DAS ATAS DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**TÍTULO DA PESQUISA:** Capacidade de gestão de hospitais públicos: o caso das publicizações no estado da Bahia

**AUTORA:** Manoela Cerqueira Reis

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Thereza Christina Bahia Coelho

### REUNIÕES DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE: SÍNTESE DAS ATAS QUE ATENDERAM AOS OBJETIVOS DA PESQUISA

REUNIÃO	DATA	SÍNTESE
134ª Reunião Ordinária	31/10/2007	Balanço de 9 meses de Governo Wagner: A Gestão do SUS – Bahia - Situação Encontrada: a) Piores indicadores de saúde da Região Nordeste; b) Cobertura assistencial das mais baixas do país; c) Dívida de mais de 210 milhões de reais; d) Descumprimento das contrapartidas financeiras; e) Carência de profissionais de saúde; f) Precarização da força de trabalho em saúde; g) Terceirização de grande parte da rede pública hospitalar estadual; h) Concentração da oferta especializada na capital; i) Insuficiência de leitos em hospitais de referência; j) Baixa cobertura de atenção básica (PSF); k) Hospitais estaduais desabastecidos; l) Carência de leitos de UTI; m) Insuficiência de equipamentos na rede hospitalar; n) Não cumprimento da programação de medicamentos; o) Vários contratos apresentando irregularidades; p) Fragilidade dos mecanismos de gestão.
135ª Reunião Ordinária	29/11/2007	A Conselheira Tereza Deiró, que no momento estava como conselheira suplente do CONGEOS, exclamou que muitos conselheiros, ali presentes, sequer sabiam da existência do CONGEOS. E afirmou que, na análise dos relatórios dos hospitais, que são apresentados nas reuniões daquele conselho, deparou-se com minutas de contratos renovados, na terceirização da gestão de hospitais, que não foram deliberados no CES.
141ª Reunião Ordinária	29/05/2008	A rede própria hospitalar do Estado da Bahia conta com 5.197 leitos (19%) do total de 27.324

		leitos SUS, sendo 4.208 leitos localizados em hospitais sob gestão direta do Estado e 989 leitos em unidades hospitalares terceirizadas. Conforme gráfico 13 verifica-se que 21% das unidades hospitalares estão sob gestão indireta e 79% gestão direta. A rede própria estadual contém 49% de hospitais de grande porte, sendo que 55% das mesmas situam-se na capital, e 51% de médio e pequeno porte. Ressalta-se também que 80% dos hospitais de grande porte estão sob a gestão direta do Estado.
<b>142ª Reunião Ordinária</b>	20/06/2008	Unidade hospitalares da SESAB sob gestão direta: 27, sob gestão indireta: 13.
<b>12ª Reunião Extraordinária</b>	13/05/2009	Início da fase de ampliação do Hospital Eládio Lasserre, em Cajazeiras, para mais 100 leitos.
<b>154ª Reunião Ordinária</b>	30/07/2009	O Secretário de Saúde, Jorge Solla, respondeu à Conselheira Tereza Deiró a respeito da existência do CONGEOS: “Tem uma lei aqui no estado da Bahia que definiu que a instância, o Conselho responsável por tomar decisões acerca dos contratos de OS, é o chamado CONGEOS – Conselho de Gestão das Organizações Sociais, onde tem representação de algumas Secretarias. Podemos levar ao CONGEOS posições e pleitos”. Em seguida falou a respeito da publicização do HRSAJ para OSS: “[...] A única alternativa para que coloquemos esse hospital em operação neste momento, é fazer uma seleção de OS e fazer um contrato com a OS. Realmente não tivemos alternativa, infelizmente em já criar ele enquanto a Fundação Estatal hospitalar, mas tenho certeza que iremos superar os processos e as adversidades.”
<b>155ª Reunião Ordinária</b>	27/08/2009	Foi dada justificativa referente à ausência do Presidente do Conselho Dr. Jorge Solla, que se encontrava no momento no município de Santo Antônio de Jesus, em companhia do Governador Jaques Wagner, fazendo a última visita às obras do Hospital de Santo Antônio de Jesus, uma obra de dezoito anos em que está sendo construído, e que se esperava entregar em novembro, daquele ano.
<b>158ª Reunião Ordinária</b>	26/11/2009	Foi feito o convite, aos conselheiros, para a inauguração da ampliação do Hospital Eládio Lasserre.
<b>159ª Reunião Ordinária</b>	16/12/2009	Foi feito o convite para a inauguração do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, em 21 de dezembro, deste ano. Foi relatado, pelo Presidente Substituto do Conselho, o quanto de dinheiro entrou no hospital e quantas dificuldades tiveram, regras tiveram que ser cumpridas, rompimento de armadilhas de vários convênios que perduraram e que prejudicaram a construção do hospital que já tinha mais de dezoito anos sendo construído. Enfatizou que aquele dia seria de muita festa e que esperava que esse instrumento pudesse contribuir para a grande necessidade que se tinha

		pela falta de leitos e, muitas vezes, no processo de descentralização da saúde.
<b>180ª Reunião Ordinária</b>	27/10/2011	Valor da reforma do Hospital São Jorge: dez milhões cento e trinta e cinco mil quatrocentos e dezesseis reais e noventa e oito centavos. Abordou a transferência da gestão desse hospital para a OSID - Obras Sociais Irmã Dulce, sob os protestos do SINDMED e do SINDSAÚDE e do SINDPREV também. Houve reação de todos, enfatizando que essas práticas estavam na contra mão da política que defendiam. Abordou também o valor investido no Hospital Santo Antonio de Jesus: cinco milhões trezentos e cinquenta e cinco mil quinhentos e sessenta e oito reais e quarenta centavos, também hospital “terceirizado”. Foi salientado a necessidade do quanto os conselheiros devem questionar e serem críticos a isso, diante do discurso do Secretário de Saúde, na Conferência de Saúde, quando acusou que oitenta por cento dos recursos do SUS são transferidos para o setor privado. Diante disso, registrou-se a perplexidade frente a aquisição de equipamentos e materiais permanentes para Unidade de Saúde Hospital Clériston Andrade ao comparar com a Unidade de Saúde do Hospital Santo Antonio de Jesus.
<b>189ª Reunião Ordinária</b>	09/08/2012	A rede própria possui: 33 unidades sob gestão direta [(06 Centros de Referência, 04 Unidades de Emergência – localizada em Salvador) e 23 hospitais – 13 em Salvador, 02 em Feira de Santana, 02 em Vitória da Conquista, 01 em Camaçari, Lauro de Freitas, Jequié, Ilhéus, Ipiaú e Guanambi] e 19 sob gestão indireta [17 hospitais, 01 Unidade de Emergência e 01 Unidade de Pronto Atendimento]. Com relação ao número de leitos as Unidades sob gestão indireta possuem 1.535 leitos e as Unidades sob gestão direta possuem 3.303 leitos. No ano de 2011, foram aplicados R\$ 498,4 milhões para administração das 18 unidades hospitalares e ambulatoriais da rede própria que estão sob gestão terceirizada. Nas unidades sob gestão direta foram provisionados R\$184 milhões, sem contabilizar o pagamento da folha de pessoal.
<b>13ª Reunião Extraordinária</b>	29/05/2013	Os sindicatos de saúde, inclusive dos enfermeiros, se colocaram contra a publicização do Hospital Clériston Andrade, em Feira de Santana, para uma OS. O conselheiro coloca que daí as várias formas que as entidades de saúde sempre se colocaram contrárias, inclusive o próprio CES e que esse processo de mudança de gestão nunca foi discutido no CES.
<b>204ª Reunião Ordinária</b>	19/12/2013	O conselheiro Sílvio Roberto dos Anjos e Silva informou sobre a continuidade das reuniões na Universidade Estadual de Feira de Santana com a representação do SINDSAÚDE, dos trabalhadores do Hospital Clériston Andrade, que foi uma forma conseguida através de grande mobilização e de evitar que o referido hospital fosse terceirizado, sendo que por enquanto havia uma suspensão, uma discussão na tentativa de transformar o Hospital Clériston Andrade em hospital escola. “Quero deixar claro aqui que por parte da Universidade Estadual de Feira de

		<p>Santana há todo o empenho do ponto de vista positivo em assumir essa proposição, e caso isso não venha a se concretizar, não é por falta de ânimo da universidade, mas, da estrutura governamental que hoje sabemos que todo o empenho é para terceirizar os serviços públicos do Estado.”</p> <p>Ressaltou outra situação naquele dia estaria sendo discutida a questão do Hospital Roberto Santos com relação a toda situação que estava lá e dimensionamento de pessoal do referido hospital. Porque a estrutura governamental só mostrava o Hospital do Subúrbio, pois parecia que a estrutura hospitalar da Bahia era o Hospital do Subúrbio, enquanto estava vendo o descaso com as outras unidades.</p> <p>Foi abordada a questão dos campos de estágio da Universidade Federal do Recôncavo, das faculdades de enfermagem, nutrição, precaríssimo, o hospital regional que é terceirizado tem dificuldade para servir de campo de estágio.</p> <p>Após apresentação do Relatório Anual de Gestão, o Conselheiro Moysés Longuinho Toniolo de Souza, enfatizou que o acesso ao Serviço de Média e Alta Complexidade era o maior indicativo de financiamento daquela gestão e envolvia Sistema Estadual de Regulação de transplante, Gerenciamento de Unidades Ambulatoriais e Hospitalares Sobre a Administração Indireta, ou seja, quando estavam entregando para a administração indireta se executava maravilhosamente bem, na gestão própria não executava pois, se tratava de correção de rumo. E foi questionado por que algumas áreas da SESAB, que deveriam estar gerenciando áreas importantes como populações excluídas, não conseguiam executar? Então significava que teriam de transferir tudo que fosse público para o gerenciamento privado, modelo que todos estavam vendo de Fundação Estatal? Não, ele acreditava que a SESAB tivesse que corrigir rumos naquilo que ela deveria executar, no entanto, continuava não executando.</p>
<b>205ª Reunião Ordinária</b>	30/01/2014	<p>A conselheira Célia Maria Alexandria de Oliveira informou que no mês de janeiro de 2014 o SINDPREV-BA inciou o confronto e os desafios na política, tendo sido iniciada uma série de atos públicos em frente ao Hospital Manoel Victorino, conclamando os trabalhadores, trabalhadoras e a população usuária, do referido hospital, a resistirem ao processo de privatização e terceirização em curso. Informou ainda que vinha se reunindo com o gestor da unidade, o Secretário de Saúde do Estado considerando inaceitáveis a forma como os direitos dos</p>

		funcionários vem sendo desrespeitados, e o modelo de gestão adotado. “Constituímos uma comissão permanente para tratar a questão e estamos preocupados com a crise instalada. Não vamos recuar na defesa daquele e de outros hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), conscientes inclusive de que temos na Constituição do país um amparo legal par as nossas reivindicações.”
<b>211ª Reunião Ordinária</b>	28/08/2014	O Conselheiro Jair Alves dos Santos informou que estava um pouco chateado pelo fato de ter conversado com o Secretário algumas vezes sobre a situação do Hospital Eládio Lassèrre, porque a situação estava muito crítica, a cada atendimento surgia uma intercorrência e às vezes os pacientes iam a óbito. As pessoas chegavam para ser atendidas e os funcionários responsáveis pelo atendimento mandavam os pacientes para a Unidade Básica de Saúde. Nos finais de semana e feriados a Unidade Básica de Saúde não funcionava, então como aquelas pessoas se negava ao atendimento, o que era um crime, o SUS estava ali para que? O SUS era um atendimento igualitário, humanizado para atender a comunidade de um modo geral. “O que está ocorrendo no hospital é um crime, se negar o atendimento a pacientes.” Solicitou também aos conselheiros da Comissão de Acompanhamento aos Hospitais e Unidades Filantrópicas que o ajudasse para que comesçassem a visitar os hospitais, pelo fato da situação estar crítica. Estavam vendo os seus irmãos, companheiros, falecendo e perecendo por falta de atendimento, e aquilo o deixava indignado.
<b>213ª Reunião Ordinária</b>	30/01/2014	Foi pontuado que o Hospital Eládio Lassèrre era de um grupo que formava uma composição do estado com relação à SESAB e estava deixando de atender alguns casos de emergência por se relatar que seriam casos ambulatoriais, o que não poderia ocorrer, desde quando era uma unidade de urgência e emergência. Todos que estavam na comunidade de Cajazeiras pediam a Doutor Washington Couto (Secretário de saúde no momento), que observasse aquela situação e que os conselheiros precisavam fiscalizar mais nos seus setores, porque os mesmos eram conselheiros não só para ficar ali discutindo e sim saírem para buscar subsídios e verificar se as unidades estavam trabalhando de acordo com as necessidades dos usuários e como usuários do SUS tinham obrigação de cobrar.

## APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Av. Transnordestina, sem número. Campus da UEFS. Módulo 6. Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC). CEP 44031-460. Feira de Santana, Bahia. Fone: (75) 3161- 8116

**TÍTULO DO PROJETO:** Capacidade de gestão de hospitais públicos: o caso das publicizações no estado da Bahia

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Thereza Christina Bahia Coelho (Pesquisadora-responsável) e Manoela Cerqueira Reis (Pesquisadora-colaboradora), estamos convidando-lhe a participar de uma pesquisa de dissertação de mestrado, que tem como objetivo geral **analisar a capacidade de gestão de organizações hospitalares publicizadas, do estado da Bahia**. Entende-se que a análise proposta, por este estudo, pode melhor alicerçar técnica e politicamente, as decisões relativas à gestão de unidades hospitalares, do SUS. Se o(a) Sr. (a) consentir, participará de uma entrevista, com questões referentes ao tema. Caso se sinta incomodado (a) com alguma pergunta, não precisará respondê-la. Os dados serão utilizados para a construção de uma dissertação de mestrado e poderão ser publicados em artigos, livros, revistas e congressos. O material será arquivado pelas pesquisadoras por um período de cinco anos e, após esse período, será destruído (queimado). As pesquisadoras asseguram o seu anonimato, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Os riscos que esta pesquisa poderá apresentar referem-se à possibilidade de que alguma pergunta venha lhe fazer recordar situações desagradáveis ou causar-lhe constrangimentos. O (a) Sr. (a) pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, de forma que se evite que seu depoimento sofra conseqüência danosa na expressão livre de suas opiniões. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos de quaisquer dúvidas sobre sua participação na pesquisa durante e após participar da entrevista, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras, diretamente na UEFS, no endereço e telefone explicitado no topo da página, deste termo. Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar, o (a) Sr. (a) pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da dissertação de mestrado, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, para fins científicos. Sendo assim, se concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_

---

Participante

---

Manoela Cerqueira Reis  
Pesquisadora-Colaboradora

# ANEXOS

## ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Capacidade de Gestão e Cuidado à Saúde em uma Rede Hospitalar do SUS

**Pesquisador:** Thereza Christina Bahia Coelho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34392314.1.0000.0053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Feira de Santana

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA EDUCACAO  
Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia - FAPESB  
Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 864.183

**Data da Relatoria:** 10/11/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa que agrega cinco subprojetos dos quais 03 serão desenvolvidos por estudantes do mestrado de Saúde Coletiva, Manoela Cerqueira Reis (FAPESB), Samantha Souza da Costa Pereira (CAPES) e Marcos Vinícius Santos Silva. De acordo com os autores, "o primeiro projeto faz uma ampla caracterização de toda uma rede hospitalar da SESAB e fornecerá informações para os demais. Os subprojetos 2, 3 e 4, são projetos de dissertação de mestrado que analisam e avaliam modelos de gestão e práticas utilizando-se de recortes teóricos e metodologias diferenciadas (...). O quinto e último projeto aproveita os desenvolvimentos teóricos-metodológicos de pesquisa anterior, sobre as condições de trabalho, emprego e saúde dos trabalhadores de saúde na Atenção Básica (...) e os utiliza na Atenção hospitalar do SUS no estado da Bahia" (Formulário Plataforma Brasil). Quanto à metodologia a ser utilizada, os autores esclarecem que: "No Subprojeto 1, a caracterização parte de uma descrição de atributos que qualificam certo objeto, no caso os hospitais, principalmente, em seus aspectos estruturais, que incluem informações sobre: a localização geográfica do hospital e população alvo; o tempo de funcionamento; os Contratos de Gestão firmados com seus PRAZOS DE DURAÇÃO E METAS. As principais características sobre a operadora ou entidade gestora também serão buscadas. As fontes de

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8067

**E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 864.183

dados serão primárias e secundárias. Como fontes primárias, serão utilizados documentos como os Relatórios de Gestão, Contratos de Gestão e outros documentos que compõem os indicadores de estrutura e que devem ser disponibilizados nas unidades, ou na Vigilância Sanitária do Estado da Bahia, e que poderão auxiliar na complementação de dados. A principal fonte secundária a ser usada será o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O subprojeto 2, partindo da caracterização do projeto 1 elegerá 3 hospitais sob gestão indireta cuja capacidade de gestão será avaliada por meio de análise qualitativa das entrevistas realizadas e documentos analisados, com identificação das diferenças nos modelos de gestão adotados e discussão da congruência desses modelos e as diretrizes do SUS. Os subprojetos 2 (sob gestão direta) e 3 também utilizam dados qualitativos oriundos de entrevistas semi-estruturadas com gestores e profissionais de unidades hospitalares de Feira de Santana e observação participante, focando o primeiro no modelo de gestão burocrático ainda presente nas unidades enquanto o segundo direciona sua análise para os efeitos da incorporação tecnológica no processo de trabalho dos profissionais de saúde. O subprojeto 5 aprofunda a análise dos processos de trabalho destes profissionais enfatizando as repercussões dos processos na saúde e vida destes profissionais. Os dados quantitativos serão tabulados e agrupados com o intuito de construir indicadores para a contextualização da rede hospitalar. Já os dados qualitativos serão tratados por meio de análise de texto e análise de discurso utilizando categorias operacionais e analíticas próprias para os objetivos de cada subprojeto (Formulário Plataforma Brasil). Orçamento no valor de R\$ 83.000,00 e posteriormente refeito e apresentando o valor de R\$ 89.880,00, pleiteia financiamento do CNPq e conta com contrapartida da UEFS.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

"Geral:

Analisar o desempenho da gestão e atenção de hospitais que compõem a Rede Hospitalar Própria (RHP) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) no período 2014-2015.

Específicos:

Sub-projeto 1. Caracterizar a Rede Hospitalar Própria (RHP) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB);

Sub-projeto 2. Avaliar a capacidade de gestão de três organizações hospitalares, que compõem a Rede Própria da SESAB, sob gestão indireta;

Sub-projeto 3. Analisar os modelos de gestão adotados em hospitais da Rede Hospitalar Própria (RHP) da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), sob gestão direta;

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 864.183

Subprojeto 4. Analisar a incorporação tecnológica e seus efeitos na humanização da gestão e da atenção hospitalar.

Subprojeto 4 (sic). Analisar o processo de trabalho de profissionais e gestores que atuam em unidades hospitalares da rede própria da SESAB".

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:** "Os riscos que esta pesquisa poderá apresentar referem-se à possibilidade de que alguma pergunta venha lhe fazer recordar situações desagradáveis ou causar-lhe constrangimentos." (TCLE)

**Benefícios:**

"[...] este estudo será importante, pois poderá contribuir para melhoria da gestão dos hospitais do SUS e, conseqüentemente, da saúde da população baiana." (TCLE)

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto é detalhado e bibliograficamente fundamentado, possui metodologia exposta de maneira que facilitou o entendimento e a delimitação dos projetos e subprojetos. O projeto é viável do ponto de vista ético, tem relevância social e científica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Protocolo contém os documentos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

Embora já tenha apresentado a autorização da SESAB para a realização da pesquisa, sugiro que encaminhe aos Hospitais onde serão realizadas as coletas de dados um ofício informando sobre a pesquisa e a autorização da SESAB.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 864.183

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tenho muita satisfação em informa-lhe que o seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. IX.3, alínea 5a - Res. 466/12.

Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. O não cumprimento poderá implicar no impedimento de apreciação de novos projetos do pesquisador.

Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

FEIRA DE SANTANA, 10 de Novembro de 2014

Assinado por:

**ANDRÉA SILENE ALVES FERREIRA MELO**  
(Coordenador)

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8067

**E-mail:** cep@uefs.br

## ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SESAB



**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia  
Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS

**DECLARAÇÃO**

Declaro, em nome da Superintendência de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em consonância com a Lei nº 8.080/90, Artigo 5º, inciso X, a anuência para a realização da pesquisa intitulada “Capacidade de Gestão e Cuidado à Saúde em uma Rede Hospitalar do SUS” em unidades hospitalares da Rede Própria da SESAB sob gestão direta e indireta, a qual pretende contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de gestão em hospitais da rede SUS, sob a Coordenação da Dra. Thereza Christina Bahia Coelho, Pesquisador Responsável, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Profa. Titular do Departamento de Saúde da UEFS.

Salvador, 22 de julho de 2014.

  
Gisélia Santana Souza  
Superintendente

