

## **Avaliação de estrutura e processos das áreas administrativas em hospitais: estudo de um caso em organização social de saúde**

**Evaluation of the structure and processes of administrative areas in hospitals: a case study in a social health organization**

**Evaluación de la estructura y procesos de las áreas administrativas en hospitales: un estudio de caso en una organización sociosanitaria**

Recebido: 18/11/2022 | Revisado: 27/11/2022 | Aceitado: 28/11/2022 | Publicado: 05/12/2022

**Samuel Ramos Gomes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2041-027X>

Fundação Getúlio Vargas Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Brasil

E-mail: [samuel.gomes@fghsaude.org.br](mailto:samuel.gomes@fghsaude.org.br)

**Ana Maria Malik**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0813-8886>

Fundação Getúlio Vargas Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Brasil

E-mail: [ana.malik@fgv.br](mailto:ana.malik@fgv.br)

### **Resumo**

Objetivou-se identificar as condições de infraestrutura e fluxos de funcionamento dos serviços administrativos e caracterizar os serviços administrativos quanto a equipe, atividades realizadas e processos descritos. Estudo qualitativo e descritivo onde se propõe a entender um fenômeno, descrevendo as variáveis que o compõem e interfaces que o caracterizam e o particularizam. Quando avaliamos em termos percentuais, apresentaram avaliação positiva menor ou igual à 50% por critério: Infraestrutura (78%), Gestão (60%), técnico operacional (77%) e Segurança e Risco (62%). E quando maior de 50%, com avaliação negativa, temos a avaliação por critério: Infraestrutura (22%), Gestão (40%), técnico operacional (23%) e Segurança e Risco (38%). O estudo sugere que este monitoramento exposto apresenta-se como uma ferramenta exitosa para avaliação de estrutura e processos das áreas administrativas em hospitais, capaz de identificar as condições de infraestrutura e fluxos de funcionamento dos serviços administrativo, de caracterizar os serviços administrativos quanto a equipe, atividades realizadas e processos descritos e propor indicadores de processo e respectiva análise crítica a partir das causas identificadas, contribuindo com o planejamento e a preparação para a ação, sugerindo ser recomendável a replicação do estudo em outras unidades hospitalares como ferramenta que potencializa a gestão.

**Palavras-chave:** Administração em saúde pública; Sistema único de saúde; Gestão hospitalar.

### **Abstract**

The objective was to identify the infrastructure conditions and operational flows of the administrative services and to characterize the administrative services in terms of staff, activities carried out and processes described. Qualitative and descriptive study which proposes to understand a phenomenon, describing the variables that compose it and interfaces that characterize and particularize it. When evaluated in percentage terms, they presented a positive evaluation of less than or equal to 50% by criteria: Infrastructure (78%), Management (60%), operational technician (77%) and Safety and Risk (62%). And when greater than 50%, with a negative evaluation, we have the evaluation by criteria: Infrastructure (22%), Management (40%), operational technician (23%) and Security and Risk (38%). The study suggests that this exposed monitoring presents itself as a successful tool for evaluating the structure and processes of the administrative areas in hospitals, capable of identifying the infrastructure conditions and operational flows of the administrative services, of characterizing the administrative services in terms of the team, activities carried out and processes described and propose process indicators and respective critical analysis based on the identified causes, contributing to the planning and preparation for action, suggesting that it is advisable to replicate the study in other hospital units as a tool that enhances management.

**Keywords:** Administration in public health; Health unic system; Hospital management.

### **Resumen**

El objetivo fue identificar las condiciones de infraestructura y flujos operativos de los servicios administrativos y caracterizar los servicios administrativos en términos de personal, actividades realizadas y procesos descritos. Estudio cualitativo y descriptivo que se propone comprender un fenómeno, describiendo las variables que lo componen y las

interfaces que lo caracterizan y particularizan. Al ser evaluados en términos porcentuales, presentaron una evaluación positiva menor o igual al 50% por criterios: Infraestructura (78%), Gestión (60%), Técnico Operativo (77%) y Seguridad y Riesgo (62%). Y cuando mayor al 50%, con evaluación negativa, tenemos la evaluación por criterios: Infraestructura (22%), Gestión (40%), Técnico Operativo (23%) y Seguridad y Riesgo (38%). El estudio sugiere que este monitoreo expuesto se presenta como una herramienta exitosa para evaluar la estructura y procesos de las áreas administrativas en hospitales, capaz de identificar las condiciones de infraestructura y flujos operativos de los servicios administrativos, de caracterizar los servicios administrativos en términos de equipo, actividades realizadas y procesos descritos y proponer indicadores de proceso y respectivo análisis crítico a partir de las causas identificadas, contribuyendo a la planificación y preparación para la acción, sugiriendo que es recomendable replicar el estudio en otras unidades hospitalarias como herramienta que potencie la gestión.

**Palabras clave:** Administración en salud pública; Sistema único de salud; Gestión de hospitales.

## 1. Introdução

O atual sistema único de saúde (SUS) no Brasil surge e ganha força a partir dos movimentos sanitários, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde, esta conferência foi marcada pela participação social, cujo relatório final serviu de base à Constituição Federal (CF) de 1988 (Brasil, 1988; Saúde, 2019). Esta passou a assegurar a saúde como dever do Estado, e como direito de todo cidadão, com acesso e qualidade, criando o SUS, sob os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Para garantir este direito, com acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, executados por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado, foi sancionada em 19 de setembro de 1990 a Lei nº 8.080 (Brasil, 1990). Esta define a organização, a gestão, os objetivos e as atribuições do SUS; os princípios e diretrizes que norteariam as ações e serviços de saúde; as atribuições da União, dos Estados do Distrito Federal e dos municípios dentro do SUS; e o caráter complementar dos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada (Ravioli; et al., 2018).

A gestão do SUS prevê o envolvimento de atores e contextos locais diversificados, além da redefinição de papéis, responsabilidades e de necessidades de investimentos. As parcerias com organismos privados mediante a pactuação de objetivos de atuação e metas de desempenho, se tornaram uma alternativa para assegurar a provisão da atenção à saúde no âmbito do SUS (CONASS, 2015).

Conforme a CF de 1988 a participação privada na provisão de serviços de saúde, de forma complementar, é justificada, dentre outros fatores, porque a saúde representa um âmbito de atuação complexo, em que os custos, a despeito das inovações tecnológicas, são sempre ascendentes, e a demanda por agilidade na operação dos serviços de assistência é muito expressiva, especialmente em face do arcabouço normativo da administração estatal (CONASS, 2015; Brasil, 1988).

O Contrato de Gestão é um instrumento que deveria ser elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, estipulando metas com indicadores precisos a serem atingidos. A geração do contrato de gestão viabilizou a delegação de atividades-fim às Organização Social de Saúde (OSS), sem que o Estado fosse eximido de suas responsabilidades relativas à fiscalização, controle e resultados obtidos em ações executadas por terceiros (Bresser-Pereira, 2008; Vinha, 2020; Santana, 2015).

Os contratos de gestão vêm sendo o instrumento mais comum para legalizar a interação público privada (Barbosa & Malik, 2015). Eles especificam metas (e respectivos indicadores), obrigações, responsabilidades, recursos, condicionantes, mecanismos de avaliação e penalidades. Às entidades qualificadas como OSS, e credenciadas a estabelecer contratos de gestão com a administração pública, buscam eficiência gerencial na prestação dos serviços públicos, uma vez que sua relação com o Estado é determinada pela pactuação de metas, que incluem a prestação de determinados serviços e a execução do orçamento no tempo contratado (Vinha, 2020; Barbosa & Elias, 2010; Carpane & Malik, 2021; Melo, 2012).

As experiências, consideradas positivas por alguns autores, de contratualização de hospitais com OSS, permitiram avançar com um modelo alternativo de gestão hospitalar. As OSS têm como premissa permitir e incentivar a publicização, isto é, a produção não lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não exclusivos do Estado (Brasil, 1988; Brasil, 2002),

além de proporcionar o aumento da eficiência e da qualidade dos serviços com menor custo possível. O estudo desenvolvido pretende analisar a gestão administrativa de hospitais gerenciados por OSS e responder a seguinte pergunta: Como verificar se as estruturas gerenciais utilizadas em hospitais públicos administrados por OSS estão adequadas?

Os hospitais, sobretudo os que fazem parte da esfera pública, são organizações que traduzem os arranjos institucionais expressos pelas leis, pelas instituições políticas e as normas para a provisão de bens e serviços públicos (Brasil, 2002). No entanto, os modelos gerenciais desses hospitais são considerados ultrapassados, seus processos decisórios são confusos e burocratizados, às rotinas organizacionais não são padronizadas, há baixo nível de responsabilização e autonomia, as decisões são centralizadas na alta direção e no nível central de governo e há carência dos mais básicos instrumentos de planejamento e controle (Silva, 2019; Tasca, 2021).

Assim, objetivando-se avaliar a estrutura e os processos das áreas administrativas de hospitais administrados pela OSS localizados na região metropolitana da Grande Recife.

## **2. Metodologia**

### **Natureza da Pesquisa ou Tipo de Estudo:**

Caracterizado como qualitativo descritivo, este estudo se propõe a entender um fenômeno, descrevendo as variáveis que o compõem e interfaces que o caracterizam e o particularizam. Permite descrever um acontecimento em detalhe e permite a compreensão do comportamento de vários elementos que influenciam o fenômeno (Godoy, 1995). Nesta pesquisa utilizou-se o método multicaso. Foram unidades de estudo de três organizações do setor hospitalar pré-selecionadas.

Ainda com Godoy (1995), o bom discernimento, aliado a uma estratégia adequada, permitem ao pesquisador escolher casos que produzirão dados satisfatórios em relação às suas necessidades. A seleção das unidades foi intencional e buscou-se organizações com aproximadamente 10 anos de atuação, que teoricamente estariam em processo de consolidação do modelo de gestão. Esses três hospitais têm em comum uma característica definidora de sua participação deste estudo: são geridas pela mesma OSS.

### **2.1 Fontes de Dados**

Relatórios internos da gestão da OSS, utilizados para monitoramento, avaliação, acompanhamento dos processos e intervenções de padronização administrativa. Dados coletados a partir de visitas realizadas a unidades administrativas dos hospitais estudados, utilizando como critério de avaliação o manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (Brasil, 2002).

### **2.2 Campo e o Cenário do Total Avaliado**

A pesquisa se deu por meio do monitoramento dos dados de três hospitais abaixo descritos.

O propósito para a implantação de iniciativas da qualidade nas organizações de saúde consiste em desenvolver uma assistência de segurança ao paciente; entender os requisitos para a melhoria do desempenho; medir e identificar onde melhorar; identificar e entender, de forma sistemática, suas conformidades e oportunidades de melhoria; promover a cooperação interna entre processos e pessoas da equipe; elaborar plano de ação para adequar os processos ao padrão da ONA para esta OSS; monitorar a implantação do plano de ação, avaliar e aprimorar de forma cíclica (Brasil, 2002); Leite, 2014).

As OSS têm papel fundamental na agregação de valor ao serviço público. Para que isso seja possível, elas precisam estar em conformidade com as normas técnicas adequadas para a prestação dos serviços a que se propõem. O poder público, por sua vez, precisa articular o monitoramento e as auditorias que realiza, baseando-se nas políticas de saúde, e assim garantir o fluxo de recursos necessários à operacionalização da política. Nesse sentido, buscou-se neste trabalho métricas de aferição de

desempenho, alinhadas aos mecanismos de contratação e de repasse de recursos. De forma indireta, espera-se que os resultados da análise dos indicadores permitam qualificar a gestão de serviços hospitalares no âmbito da OSS em análise, desde as áreas de apoio ao atendimento do usuário nos referidos hospitais. Levando em consideração que os hospitais ora citados, são os contratantes através da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

### **2.3 Coleta de Dados**

A coleta de dados se deu entre fevereiro e julho de 2022. Os dados foram coletados pela equipe corporativa da OSS, por meio de visitas realizadas às unidades, e inseridos em planilhas de monitoramento da OSS, utilizando como instrumento uma planilha de Excel.

### **2.4 Unidade de Análise**

Os três hospitais foram escolhidos por serem gerenciados pela mesma OSS, por fazerem parte do contrato de gestão e terem número de leitos semelhantes, além de disporem de recursos financeiros proporcionais ao serviço ofertado. Foram analisados os relatórios gerenciais dos três hospitais, bem como suas unidades físicas.

### **2.5 Variáveis do Estudo**

As variáveis da pesquisa são: Infraestrutura, gestão, técnico operacional, segurança e risco.

### **2.6 Análise de Dados**

Os dados foram compilados em planilhas de excel, e nelas foram aplicados filtros a fim de consolidar os dados mais importantes voltados ao cumprimento dos objetivos do TA.

### **2.7 Aspectos Éticos**

De acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 166 de 2018, esta pesquisa do tipo relato de caso passou pela avaliação do sistema Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e o Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), onde se utilizou informações de acesso público (Saúde, 2018).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi construído a partir do modelo orientado pela Plataforma Brasil e foi sobreposto aos envolvidos da pesquisa assegurando os princípios éticos descritos na Resolução nº 196 de 1996 do CNS (Brasil, 1996), que atende às exigências da Resolução nº 466 de 2012 (Brasil, 2012). Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco, recebido em 01 de Dezembro de 2014, CAAE: 39337714.1.0000.5207, foi emitida a carta de anuência pela Prefeitura da Cidade do Recife-PE.

## **3. Resultados e Discussão**

### **Reforma do Estado e da Gestão Pública**

No Brasil, a primeira tentativa de implantar a nova gestão pública (*new public management*) deu-se no final de 1960, por meio do decreto de lei nº 200, de 1967 (Osborne & Gaebler, 1995; Brasil, 1967). O decreto lei nº 200 de 1967 foi uma forma de tentar superar a inflexibilidade burocrática, transferindo a produção e as atividades às autarquias, fundações, empresas públicas e às sociedades de economia mista e é considerado um marco na gestão pública nacional. Uma das causas do insucesso deste decreto de lei foi a falta de administradores públicos de carreira formados e/ou contratados no âmbito do Estado por meio de concursos públicos (Bresser-Pereira, 2008; Brasil, 1967; Paim, et al., 2011).

No início dos anos 1980 foram necessárias reformas gerenciais, entre outras causas em razão da grande dívida externa e da inflação alta, tornando necessário reduzir o tamanho da máquina de gestão para tornar a administração mais ágil, flexível, eficiente e eficaz (Bresser-Pereira, 2008).

No Brasil, a definição da Nova Gestão Pública (NGP) se deu em 1995, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, a partir do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), comandado pelo então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, seguindo movimento mundial para ajuste fiscal de curto prazo e aumento da eficiência mediante orientação gerencial. O foco era tornar o corpo burocrático mais responsável em relação aos cidadãos e transformar a administração burocrática em gerência (Bresser-Pereira, 2008).

Na administração pública gerencial, a estratégia volta-se à definição dos objetivos que o administrador público deverá atingir para garantir a autonomia na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros colocados à sua disposição. A administração pública gerencial enxerga o cidadão como fonte pagadora de impostos, colocando-o como cliente dos serviços do Estado (Bresser-Pereira, 2008; Paiva & Teixeira, 2014).

O plano proposto pelo ministro Bresser Pereira foi descentralizar, desburocratizar e aumentar a autonomia, por meio de gestão baseada em resultados e em contratualização, com metas de gestão predefinidas e por meio de OSS, criando-se então os serviços não exclusivos do Estado. Pode-se dizer que a reforma de Bresser não teve o impacto desejado devido ao legado do Governo Collor em relação ao funcionalismo público, pela indiferença da equipe central no poder e por conta das resistências da área econômica ao plano diretor (Ferreira Junior, 2004; Barbosa & Elias, 2010).

O modelo das Organizações Sociais foi criado tendo como base a flexibilização da gestão pública e o aumento da *accountability* governamental, sendo seu objeto a gestão dos serviços que podem ser financiados ou subsidiados pelo Estado, mas controlados pela sociedade. Assim, ficaria instituído o papel de organizações públicas não estatais, atendendo ao requisito do modelo gerencial (Bresser-Pereira, 2008). A administração pública se baseia nos princípios da gestão do exército prussiano, implantados no século XX (Bresser-Pereira, 2008).

A partir desses indutores, foram preconizados dois modelos organizacionais: a Administração Pública Gerencial (APG) e o Governo Empreendedor (GE), os quais buscam a efetividade da gestão pública e seu melhor resultado. Também a partir desses modelos se iniciou a Governança Pública (GP), com modelo relacional de forma diferenciada (Bresser-Pereira, 2008).

A administração pública pode ser classificada como: (a) patrimonialista, (b) pública burocrática e/ou (c) pública gerencial. A administração patrimonialista se caracteriza por ser realizada pelo Estado, porém não almeja o interesse público, confundindo patrimônio público com privado. No início do século XX comprovou-se que esse modelo estava obsoleto, tornando-se caro, ineficiente e lento, devido ao aumento da quantidade de recursos humanos necessários para atender ao objetivo da satisfação do interesse público, aumentando cada vez mais os gastos públicos e tornando o modelo inviável (Bresser-Pereira, 2008; Barbosa & Malik, 2015).

O modelo público burocrático foi idealizado para combater a corrupção, porém o significado de burocracia passou a ser pejorativo, usado como sinônimo de lentidão e caracterizado por procedimentos formais que comprometem as ações administrativas. No entanto, esse modelo foi necessário para distinguir o público do privado de forma clara, fazendo com que os papéis do político e do administrador público ficassem claramente separados (Bresser-Pereira, 2008).

A perspectiva da administração pública gerencial surgiu com força no Reino Unido e nos Estados Unidos da América (EUA) a partir dos anos 1970, depois que governos conservadores assumiram o poder. Na época, o modelo foi visto como conservador. De fato, a reforma foi executada de forma profunda no Reino Unido com a posse, em 1979, de Margareth Thatcher como primeira-ministra. Seu governo tornou o serviço público flexível, descentralizado, eficiente e orientado ao cidadão (Bresser-Pereira, 2008).

A administração pública gerencial constitui um rompimento com a administração pública burocrática, mesmo trazendo da anterior características de admissão mediante critérios de mérito, existência de um sistema estruturado e universal de remuneração, carreiras, avaliação constante de desempenho e treinamento sistemático. O que diferencia um de outro modelos de gestão pública é a forma de controle: a gerência se baseia nos resultados; a burocracia, nos processos (Brasil, 2011).

### **Assistência hospitalar no sistema de saúde brasileiro**

Para o Ministério da Saúde, na prática, as instituições hospitalares agregam uma série de funções que as caracterizam como as organizações mais complexas do setor saúde. Suas funções têm atravessado um período de rápidas mudanças que envolvem questões sociais, emprego, ensino e pesquisa, assistenciais e de apoio aos serviços de saúde (Brasil, 2011).

A atenção hospitalar tem sido, ao longo de décadas, um dos principais temas de debate acerca da assistência no SUS. 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 consumido por esse nível de atenção (Brasil, 2011).

Assim como também é indiscutível a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como grande porta de entrada, e resolução das ações de baixa complexidade, mantendo referência e contra referência entre APS com a média e alta complexidade, atendendo o usuário mais perto do seu domicílio e não sobrecarregando os grandes hospitais com causas pertinentes à APS (Massuda, 2020). Como o sistema apresenta dificuldade em ordenar esta ordem de atendimento por complexidade em seus devidos locais de atendimento, isso vem agravando o quadro de saúde destes usuários, e consequente superlotação nos hospitais. Isto agrava o congestionamento, às demandas reprimidas e compromete o fluxo na rede de atenção à saúde no SUS (Brasil, 2013; Massuda, et al., 2020).

No Brasil, assim como em outros países em que o sistema de saúde tem pontos de estrangulamento, o não fortalecimento da APS, acentuado pela nova Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (PNAPS), que parece servir mais a propósitos restritivos do que à qualificação de serviços, levando a limitação à universalidade, esta legislação parece ter aumentado as distorções no financiamento inviabilizando alguns processos característicos da APS (Massuda, 2020; Brasil, 2017; Massuda, et al., 2022).

A estrutura organizativa e a tradição gerencial dos hospitais brasileiros têm se tornado organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras (Carpanez & Malik, 2021). Mediante os fatos, têm-se apontadas como relevantes na produção de uma série de problemas, como a oferta de assistência impessoal e fragmentada e sem construção de vínculos entre usuários e profissionais, o que produz baixa responsabilização e descompromisso, fragmentação do trabalho e insatisfação dos trabalhadores, e também dos usuários.

A estas características têm sido agregados como problemas frequentes nos hospitais brasileiros a existência de sistemas de gestão centralizados, com baixa participação dos trabalhadores; organização do trabalho por categorias profissionais, o que dificulta o trabalho em equipe; segmentação do cuidado pela lógica da seção, da unidade, com fragmentação dos processos de trabalho (Brasil, 2013).

### **Organizações Sociais de Saúde no Brasil**

As OSS, no Brasil, são um desdobramento do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), que foi um dos 14 pontos centrais do governo de Fernando Henrique Cardoso, o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) de 1995 a 2002. Essa reforma, proposta em 1995, tinha à frente o MARE (Osborne & Gaebler, 1995; Brasil, 2002).

Sua base teórica trazia a proposição de um modelo gerencial à administração pública, de maior eficiência frente ao aumento da demanda dos gastos em políticas sociais, como saúde e educação, advindas da CF de 1988, bem como da necessidade de ajuste fiscal do Estado frente à crise econômica de 1994 (Santos; et al., 2018; Brasil, 1988).

Dentre as justificativas para agilização desse processo por parte da Secretaria Estadual de Saúde, está a necessidade de ampliação do acesso. De outro lado, visões distintas evidenciadas, por parte de gestores municipais, enfatizam que a forma pela qual esse processo vem se dando está relacionada à vontade política em priorizar tal modelo, em detrimento do modelo tradicional da administração pública. Essa situação, observada em Pernambuco, pode ser a razão pela qual a implantação do modelo enfrentou significativo atraso pelas divergências evidenciadas.

### **Contrato de gestão**

Contrato é a relação entre duas ou mais partes interessadas, que se obrigam a cumprir o que foi combinado sob determinadas condições. No modelo de gestão de serviços de saúde existem diversos modelos adotados pelas OSS, tanto para gestão de serviços públicos (Viol, 2018).

O contrato de gestão teve origem na França nos anos 1970. Seu objetivo era a recuperação de empresas públicas deficitárias, denominado como “contrato de programas”. Após 10 anos de utilização do modelo, a proposta deste regime de contratualização foi modernizar as empresas estatais, por meio do chamado “contrato de empresas”. Em sequência, esta modalidade contratual passou a ser denominada “contrato de plano”, buscando a adequação com planos de governo. O contrato de gestão passou por mais duas fases sequenciais, apresentando uma configuração mais complexa denominada como “plano de objeto”, contemplando o plano empresarial, a previsão financeira e o resumo estratégico dos planos para um período de 3 a 4 anos (Viol, 2018).

O movimento para identificar oportunidades de melhoria proposto neste trabalho contribui com a sensibilização das equipes envolvidas, além de nortear o desempenho por meio de um sistema de gestão estruturado em requisitos reconhecidos como fundamentais para um atendimento qualificado e seguro, resultando em maior eficiência, menos desperdício, possibilidade de comparação e maior confiança do público em geral; identificação de deficiências e elaboração e implementação de planos de ações de melhoria, com definição de prioridades e gerenciamento de riscos (Viol, 2018).

### **Riscos e benefícios da gestão por OSS**

Devido às especificidades culturais de cada setor e os métodos de trabalho de cada grupo de especialistas, o formato de organizações sociais propicia a flexibilidade da gestão, considerada por alguns como necessária a uma melhor atuação, especialmente pela possibilidade de incorporar as práticas de gestão específicas de cada setor, facilitando ganhos de produtividade e de satisfação na prestação dos serviços públicos (Lima, 1996; Violin, 2007; Barbosa & Elias, 2010).

De acordo com Ferreira Júnior (2004), o modelo de administração de hospitais públicos por Organizações Sociais de Saúde veio equacionar a importante questão de possibilitar os mesmos instrumentos gerenciais disponíveis à administração privada (Violin, 2007). Os mecanismos de controle estão previstos em todo o processo do modelo de OSS, do momento de sua qualificação até a prestação de contas da utilização dos recursos financeiros, patrimônio, recursos humanos e resultados alcançados (Leite, 2014).

Levando em consideração que as unidades e setores voltados às atividades potencializam o desenvolvimento e a execução de atividades, com consequente melhoria do desempenho gerencial e assistencial das organizações, este estudo pretendeu monitorar a administração/gestão das unidades, por meio da verificação das estruturas e processos das organizações de saúde na gestão hospitalar (Lima, 1996).

A Tabela 1 demonstra a identificação e o mapeamento, ou seja o monitoramento, dos indicadores de gestão implantados para a avaliação de estrutura e processos das áreas administrativas dos hospitais, para mostrar os resultados obtidos no estudo proposto.

Na Tabela 1, foram pontuados os pontos positivos, destacados em verde: aqueles cujas Unidades apresentam padrão satisfatório, que precisam ser mantidos, e onde não houve necessidade de intervenção, apenas de monitoramento. Os pontos destacados em vermelho são aqueles em desacordo com os critérios contidos no modelo de avaliação adotado (*checklist* do manual da ONA).



**Tabela 1** - Consolidados do resultado das ferramentas de gestão. Recife, Pernambuco, Brasil, 2022

Total de Itens Avaliados e Resultado Global													
PROCESSOS	NÍVEL	Infraestrutura			Gestão			Técnico Operacional			Segurança e Riscos		
		TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO
1	I	15	6	9	45	13	32	62	44	18	39	32	7
	II	0	0	0	9	3	6	3	0	3	3	2	1
	III	0	0	0	13	3	10	0	0	0	6	4	2
2	I	27	24	3	38	17	21	38	34	4	40	23	17
	II	0	0	0	6	0	6	0	0	0	3	0	3
	III	0	0	0	12	2	10	0	0	0	2	0	2
3	I	27	15	12	45	35	10	54	47	7	53	30	23
	II	0	0	0	10	6	4	0	0	0	3	2	1
	III	0	0	0	15	8	7	0	0	0	6	2	4
4	I	73	54	19	42	21	21	82	46	36	46	18	28
	II	0	0	0	5	5	3	0	0	0	2	0	2
	III	0	0	0	12	3	9	0	0	0	6	0	6
5	I	15	13	2	44	26	18	175	148	27	18	17	1
	II	0	0	0	9	7	2	0	0	0	1	0	0
	III	0	0	0	15	12	3	0	0	0	2	2	0
6	I	24	14	10	43	26	17	60	51	9	50	39	11
	II	0	0	0	7	2	5	6	3	3	2	1	1
	III	0	0	0	12	8	4	0	0	0	4	2	2
7	I	24	19	5	45	25	20	83	40	43	34	26	8
	II	0	0	0	9	7	2	3	0	3	2	1	1
	III	0	0	0	15	12	3	0	0	0	4	2	2
8	I	30	21	9	53	35	18	87	67	20	54	44	10
	II	0	0	0	10	3	7	0	0	0	2	1	1
	III	0	0	0	10	5	5	0	0	0	6	4	2
9	I	24	24	0	11	11	0	63	58	4	11	11	0
	II	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0
	III	0	0	0	0	0	0	5	2	1	0	0	0
10	I	45	39	6	37	32	5	114	106	8	54	39	21
	II	0	0	0	6	6	0	0	0	0	3	1	2
	III	0	0	0	9	9	0	0	0	0	5	1	4
11	I	16	18	0	42	36	6	59	51	8	46	45	1
	II	0	0	0	9	7	2	12	7	5	1	0	1
	III	0	0	0	12	10	2	0	0	0	3	3	0
12	I	20	19	1	84	58	26	80	49	31	43	33	10
	II	0	0	0	0	0	0	9	5	4	9	8	1
	III	0	0	0	0	0	0	9	7	2	6	6	0
13	I	12	10	2	45	29	16	65	63	2	45	35	10
	II	0	0	0	8	7	1	0	0	0	1	1	0
	III	0	0	0	14	9	5	0	0	0	1	1	0
14	I	14	12	2	41	35	6	62	60	2	46	42	4
	II	0	0	0	7	7	0	3	2	1	2	1	1
	III	0	0	0	12	12	0	0	0	0	5	3	2
15	I	15	0	15	45	0	45	24	0	24	54	0	54
	II	0	0	0	9	0	9	0	0	0	3	0	3
	III	0	0	0	15	0	15	0	0	0	6	0	6
16	I	27	26	1	45	42	3	76	73	3	55	41	14
	II	0	0	0	9	8	1	0	0	0	3	0	3
	III	0	0	0	15	15	0	0	0	0	6	2	4
17	I	38	36	2	43	38	5	76	59	17	54	18	36
	II	0	0	0	9	8	1	0	0	0	3	0	3
	III	0	0	0	11	7	4	0	0	0	6	0	6
18	I	18	17	1	30	14	16	22	15	7	36	27	9
	II	0	0	0	6	2	4	0	0	0	1	0	1
	III	0	0	0	6	2	4	0	0	0	1	0	1
19	I	32	31	1	28	13	15	40	34	6	41	29	12
	II	0	0	0	6	3	3	0	0	0	2	0	2
	III	0	0	0	6	2	4	0	0	0	3	0	3
20	I	35	22	13	52	23	29	84	42	42	70	36	34
	II	0	0	0	15	7	8	0	0	0	5	2	3
	III	0	0	0	18	3	15	0	0	0	9	3	6
<b>Total Geral</b>		533	417	116	1221	728	493	1456	1116	340	1015	628	387
<b>Total de itens avaliados</b>		4225	2889	1336									
<b>Desempenho Global</b>		68%											

Fonte: Gomes & Malik (2022).

A ferramenta foi aplicada em 03 hospitais da cidade do Recife-PE, que tivessem acima de 150 leitos e com aproximadamente 1.200 colaboradores por unidade, sendo entrevistados cerca de 100 profissionais ligados à gestão das áreas citadas na Tabela 1.

A apresentação dos critérios de avaliação dos serviços, agrupados e categorizados conforme demonstrado na Tabela 1, em três grupos específicos: infraestrutura, gestão técnico operacional e segurança e risco. Foram identificados 20 critérios de processo para avaliação dos grupos citados. Ainda sobre a Tabela 1, a descrição dos níveis I, II, III significa (conforme a classificação da ONA, que o nível I, manteve o foco nos padrões e requisitos que envolvem segurança; o nível II é dedicado aos processos e à gestão integrada; já o nível III busca a excelência em gestão da instituição (Brasil, 2002).

Quando realizamos as avaliações em termos percentuais, apresentaram avaliação positiva (maior ou igual 50% por critério), marcados em verde: infraestrutura (78%), gestão (60%), técnico operacional (77%) e segurança e risco (62%). E quando menor que 50%, com avaliação negativa, marcados de vermelho, temos a avaliação por critério: infraestrutura (22%), gestão (40%), técnico operacional (23%) e segurança e risco (38%).

No processo de avaliação da Infraestrutura, dos 20 critérios avaliados, 18 foram avaliados como positivos, sendo os demais avaliados como acima do índice de 50% os referentes a contratos e gestão patrimonial. Isto evidencia que ainda precisam ser trabalhados 24 pontos do nível I.

### **Análise dos resultados**

Áreas onde foram encontrados problemas e alternativas de solução. Aos contratos: apontados como pontos de atenção às áreas de infraestrutura e gestão. Problemas de infraestrutura: a) deficiência de espaço físico e organização (papéis, iluminação); b) mudança proposta: equipe orientada e monitorada mensalmente sobre os pontos.

Quando falado no setor de gestão identifica-se: a) ausência de planejamento, metas, acompanhamento dos contratos e padronização dos processos; b) mudanças propostas: b.1. redefinição de papéis; b.2. resgate e reforço sobre o uso dos manuais de contratos e contratações; b.3. curva ABC: identificação das contratações e negociações por ordem de grandeza de valores gastos; b.4. contratação de módulo de contratos para sistema informatizado; b.5. acesso e segurança patrimonial.

Ao setor de infraestrutura os problemas encontrados na gestão: dimensionamento inadequado, planejamento, planos de melhoria, análise de não conformidades; Aos resultados: headcount para apoio no dimensionamento e padronização das descrições de cargos e salários; implantação de indicadores operacionais e discussão em fórum com lideranças, visando acompanhamento e planos de ação para melhoria; medidas de controle para consumo de água, energia e gases medicinais.

O headcount é um estudo feito em parceria com a área de recursos humanos (RH), que visa padronizar o quantitativo de funcionários, atividades realizadas e remunerações. Em resistência geral, a implantação do organograma único para os hospitais, além de descrições de cargos definidas para todas as funções ligadas aos setores adm/fin, otimiza os recursos humanos e financeiros (redução esperada 600k/ano, só com a 1 onda). Para áreas específicas de contabilidade: uniformização e centralização das contas de provisionamento; controladoria.

Segurança e riscos (SESMT) os problemas: praticamente todas as áreas entrevistadas desconheciam os planos e diretrizes para segurança do trabalhador; diversos planos e treinamentos obrigatórios desatualizados. Aos resultados encontrados: controle efetivo dos exames periódicos; reforço das políticas institucionais de segurança; otimização dos recursos para formação das brigadas de incêndio (ao invés de ser descentralizado com cada unidade contratando o seu profissional, centralizar, economia estimada em 260.000 sem prejuízos a operação).

Em gestão patrimonial, segue os problemas encontrados: ausência de acompanhamento, gestão dos bens e patrimônios que se encontram sob gestão da unidade. Seus resultados: aquisição de módulo de gestão patrimonial via sistema informatizado.

Alguns outros pontos também chamaram a atenção, mesmo não se encaixando entre os de maior criticidade (destacados em vermelho) e que geraram encaminhamentos para todas as áreas administrativas (pontos gerais): indicadores operacionais de gestão: criado pelas gerências do Núcleo de Gestão Compartilhada (NGC) (contabilidade, controladoria, contratos, tecnologia de informação (TI), suprimentos e infraestrutura) e discutido mensalmente em um fórum com lideranças operacionais das unidades. Aos segmentos alcançados: discussão extremamente enriquecedora, que aproximou as unidades dos interesses institucionais, além da melhoria de processos e estratégias para otimização de recursos financeiros (ex: monitoramento diário do consumo de gases, buscando antecipar problemas relacionados a vazamento de gases).

Quando falado dos Procedimento Operacional Padrão (POP) específicos para as áreas: um dos pontos identificados para melhoria foi a padronização dos processos. Diante disso, cada gerência ficou responsável por criar POPs em conjunto com as Unidades e implantar esse material de forma que as unidades apresentem os processos rigorosamente padronizados. Consequentemente, encontrou-se material produzido e implantado, o que torna o processo mais seguro, reduzindo o risco de falhas e erros.

Um dos pontos encontrados em todas as unidades, foi a dificuldade em demonstrar o controle efetivo de custos e acompanhamento de orçamento e o realizado. Com esse diagnóstico, incluímos como plano de ação: estruturar e padronizar centros e contas de custos; utilizar a ferramenta MV Soul para planejamento e acompanhamento do orçamento e o realizado. Implantar, fortalecer e disseminar a gestão de custos dentro das unidades com 01 profissional controller como responsável. A equipe de TI de forma geral apresentou bons resultados nas unidades, mas ainda carece de alguns mecanismos de segurança. Os resultados para tal sistema são: organização de rede lógica; inventário do parque tecnológico; hostnames (segurança das informações e monitoramento em tempo real das máquinas).

Com relação à gestão, dos 20, 16 critérios foram avaliados como positivos, frente a 04 critérios caracterizados como negativos, marcados em vermelho. No total, 02 grupos foram classificados como nível II, ambos em gestão de pessoas, sendo medicina do trabalho e de segurança do trabalho. A gestão de infraestrutura foi avaliada como nível III. Ao analisar o critério técnico operacional, 19 critérios ficaram verdes, significando avaliação positiva; a gestão patrimonial apresentou um índice maior que 50%, e apresentou nível II e III em gestão de pessoas, o RH.

Com relação a segurança e riscos, 19 critérios ficaram verdes, com exceção da gestão do patrimônio que ficou em vermelho. Ressaltamos ainda que a avaliação negativa no critério relacionado a serviços de atendimentos ao usuário, que nos itens higienização e limpeza, recepção e telefonia, ficaram abaixo do índice estipulado nos níveis II e III. O mesmo ocorreu com TI.

No que concerne à melhoria dos indicadores do serviço, alguns pontos deficitários devem ser levados em consideração: para a área de gestão, especificamente nos setores de contratos, serviço de atendimento ao usuário e TI, o percentual para todos os níveis esteve abaixo do índice utilizado como parâmetro de avaliação (50%). Esta mesma análise também aplica-se à área de segurança e riscos, para os setores de gestão de infraestrutura, bem como processamento de roupa.

Levando em consideração outros pontos que receberam avaliação positiva para o nível I, porém não alcançaram o valor mínimo para os itens II e III, destacam-se os seguintes setores: gestão de acesso e segurança patrimonial, gestão de suprimentos: almoxarifado, higienização e limpeza, serviço de atendimento ao usuário, serviço de atendimento ao usuário: recepção e telefonia. Assim como também, a parte de TI.

Traz a avaliação de que, para potencialização do desempenho da instituição, a proposta de adequação ao monitoramento e gestão baseada nos indicadores elencados, é uma composição que sugere o êxito na proposta visto que analisa o desempenho dos setores administrativos, financeiros, e de ensino e pesquisa dos referidos hospitais.

Para que fosse possível compreender o funcionamento da gestão hospitalar por organizações sociais de saúde alguns aspectos foram considerados relevantes. Como modelo de gestão implantamos um monitoramento presencial, in loco, em cada

uma das unidades mensalmente, e trimestralmente fizemos reuniões juntando as três unidades. Em todos estes momentos as unidades apresentaram os indicadores sugeridos, e passo a passo discutiu-se não só o resultado, mas formas de melhorarmos cada tópico (Leite, 2014).

#### 4. Conclusão

O presente estudo se propôs a endereçar o seguinte questionamento: as unidades com gerenciamento hospitalar desenvolvidas no âmbito de uma OSS buscam maior eficiência gerencial na prestação dos serviços nos hospitais públicos? A resposta para esta questão foi buscada por meio da análise de estrutura e processos das áreas administrativas de 3 hospitais administrados por uma mesma OSS. A realização do presente trabalho permitiu mostrar que os indicadores elencados e aplicados mostram alguns resultados satisfatórios nessas unidades.

Assim, em relação aos objetivos, a avaliação da estrutura e dos processos mostraram que os indicadores utilizados são adequados para monitoramento. Especificamente em relação à infraestrutura e aos fluxos identificamos que os processos elencados forneceram uma boa avaliação da infraestrutura, dos fluxos e permitiram implementar adequações durante a aplicação do método.

A equipe se mostrou receptiva e motivada à implantação e mostrou adesão ao processo de monitoramento. Os gestores destacaram a relevância dos indicadores de processo para o melhor desempenho da gestão.

Como se trata de um trabalho aplicado, o que foi realizado no hospital após a avaliação empreendida, foi o início da mudança de cultura institucional, conduzindo à melhor desempenho da gestão.

A problematização conjunta dos principais achados e a troca de experiências sobre implantação de atividades exitosas entre avaliadores, gestores e equipes locais foi implantada para facilitar a execução do modelo de gestão, vista a *expertise* dos gestores envolvidos. Implantamos também o comitê administrativo-financeiro, *in loco*, para que esta otimização aconteça; ele vem se mantendo com bons resultados. Implantou-se uma diretoria interdisciplinar para que a gestão dos profissionais possa ter uma atenção, um olhar mais próximo e com isso novos projetos sejam desenvolvidos, incluindo novos indicadores de monitoramento.

A sede corporativa da Fundação Gestão Hospitalar mantém contato direto com a direção geral das unidades, e com as demais diretorias que compõem o núcleo gestor local. A diretoria de ensino e pesquisa junto a este grande núcleo gestor promove treinamentos e capacitações para desenvolvimento de competência e habilidade em gestão, e dos processos de trabalhos. E a diretoria médica vem com um novo olhar de melhoria da assistência e otimização de exames e procedimentos adequando-se ao proposto pelo contrato de gestão, que é o atendimento com qualidade e resolução dos procedimentos de alta complexidade.

Assim, realizado o estudo, é possível enxergar que o monitoramento exposto (uma avaliação por meio do instrumento de avaliação da ONA é uma ferramenta aparentemente adequada para avaliação de estrutura e processos das áreas administrativas em hospitais, capaz de identificar condições de infraestrutura e fluxos de funcionamento dos serviços administrativo, de caracterizar os serviços administrativos quanto a equipe, atividades realizadas e processos descritos e propor indicadores de processo e respectiva análise crítica a partir das causas identificadas.

Sugerimos, que novos estudos sejam realizados no Brasil com o objetivo de avaliar as estruturas e processos das áreas administrativas em hospitais e suas OSS devido às atuais circunstâncias encontradas.

#### Referências

Barbosa, N. B., & Elias, P. E. M. (2010). As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2483-2495.

- Barbosa, A. P., & Malik, A. M. (2015). Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. *Revista de Administração Pública*, v. 49, p. 1143-1165.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1996). Resolução No 196, de 10 de outubro de 1996. <https://www.mendeley.com/reference-manager/library/all-references/>
- Brasil. Ministério da Saúde. (1967). Decreto nº 200 de Fevereiro de 1967. Brasília - DF. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del0200.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. (1988). Constituição Federal de 1988. Brasília - DF. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. (1990). Lei nº 8.080 de Setembro de 1990. Brasília - DF. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília - DF. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao\\_hospitalar.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). O Sistema público de saúde brasileiro. Seminário Internacional – Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Brasília - DF. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília - DF. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/departamento\\_acoes\\_programaticas\\_estrategicas\\_dapes.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/departamento_acoes_programaticas_estrategicas_dapes.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Lei nº 12.527 de Novembro de 2011. Brasília - DF. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/12527.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12527.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Resolução No 466, de 12 de dezembro de 2012. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Política Nacional de Normalização. Brasília - DF. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Resolução nº 510 de Abril de 2016. Brasília - DF. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria nº 2436 de Setembro de 2017. Brasília - DF. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). Carta circular nº 166, de 12 de Julho de 2018. <http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/ContaCircular166.pdf>
- Bresser-Pereira, L. C. (2008). O modelo estrutural de gerência pública. *Revista da Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 391-409.
- Carpanez, L. R., & Malik, A. M. (2021). O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1289-1298.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2015). Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde. Brasília - DF. <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Alternativas-de-Gerencia-de-Unidades-Publicas-de-Saude.pdf>
- Ferreira Junior, W. C. (2004). Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas: um estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde. 2004. Tese de Doutorado. *Fundação Getúlio Vargas*.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de administração de empresas*, 35, 57-63.
- Leite, A. M. G. N. (2014). Organizações sociais de saúde e controle externo: uma análise a partir do tribunal de contas de Pernambuco. Dissertação (Mestrado). *Fundação Oswaldo Cruz*. Recife - PE.
- Lima, S. M. L. (1996). O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 5, p. 101 - 138.
- Massuda, A. (2020). Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1181-1188.
- Massuda, A., et al. (2020). A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cadernos Ebape. Br.* São Paulo, v. 19, p. 735-744.
- Massuda, A., et al. (2022). Rumos para um sistema de saúde resiliente. *GV-Executivo*, 21(2), 22-29.
- Melo, P. H. P. G. (2012). Organizações sociais em Pernambuco: o desenho institucional de controle externo sobre os contratos de gestão. Mestrado (Dissertação). *Fundação Getúlio Vargas*. Rio de Janeiro.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1995). Reinventando o Governo. *Editora MH*. Brasília - DF.
- Paim, J. S., et al. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [S.L.], 377(9779), 1778-1797.
- Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(1), 15-35.

Ravioli, A. F., Soárez, P. C., & Schefer, M. C. (2018). Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão da narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cadernos de Saúde Pública*, 34(4), 1-16.

Santana, L. F. (2015). Análise do desempenho dos serviços prestados através das organizações sociais de saúde no estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública). *Fundação Getúlio Vargas*. Rio de Janeiro.

Santos, D. S., Mishima, S. M., & Merhy, E. E. (2018). Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & saúde coletiva*, v. 23, p. 861-870.

Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2019). 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. Ministério da Saúde. Brasília - DF. <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>

Silva, K. P. S. (2019). Investimentos no SUS no período de vigência dos blocos de financiamento: panorama dos estados nordestinos. *RI UFPE*. Vitória de Santo Antão - PE.

Tasca, R., et al. (2021). Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar. *Saúde em Debate*, v. 46, p. 15-32.

Vinha, I. R. (2020). Vícios e virtudes: estudo de caso do modelo de gestão por Organização Social de Saúde e seus determinantes no município de Mauá – São Paulo. Dissertação (Mestrado). *Fundação Getúlio Vargas*. São Paulo.

Viol, P. V. S. (2018). Avaliação de desempenho de unidades de saúde, sob gestão de organização social de saúde. Tese (Doutorado). *Fundação Getúlio Vargas*. São Paulo.

Violin, T. C. (2007). Da administração pública patrimonialista à administração pública gerencial e a burocracia. *A&C Revista de Direito Administrativo & Constitucional*. Belo Horizonte - MG, v. 30, p. 1-254.