

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Pedro Paulo Albuquerque Polastri

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E PARCERIAS NA ÁREA DA SAÚDE: Trajetória
nacional e perspectivas no cenário mineiro

Belo Horizonte

2020

Pedro Paulo Albuquerque Polastri

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E PARCERIAS NA ÁREA DA SAÚDE

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental.

Orientador: Ricardo Carneiro

Belo Horizonte

2020

P762o Polastri, Pedro Paulo Albuquerque.
Organizações sociais e parcerias na área de saúde
[manuscrito] / Pedro Paulo Albuquerque Polastri. – 2020.
[13], 73 f. : il.

Monografia de conclusão de Curso (Graduação em
Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de
Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2020.

Orientador: Ricardo Carneiro

Bibliografia: f. 78-81

1. Sociedade civil – Minas Gerais. 2. Parceria público privada
(PPP) – Minas Gerais. 3. Contrato administrativo. I. Carneiro,
Ricardo. II. Título.

CDU 35.072(815.1)

Pedro Paulo Albuquerque Polastri

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E PARCERIAS NA ÁREA DE SAÚDE: trajetória nacional e perspectivas no cenário mineiro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Administração Pública.

Aprovado na Banca Examinadora

Prof. Dr. Ricardo Carneiro (Orientador) – Fundação João Pinheiro

Prof.ª Dra. Maria José Nogueira (Avaliadora) – Fundação João Pinheiro

Prof.ª Me. Daniela Goes Paraíso Lacerda (Avaliadora) – Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 14 de agosto de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Carneiro, Servidor(a) Público(a)**, em 18/08/2020, às 09:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniela Goes Paraíso Lacerda, Servidor(a) Público(a)**, em 18/08/2020, às 10:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria José Nogueira, Servidor(a) Público(a)**, em 18/08/2020, às 19:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **18290140** e o código CRC **3C**

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente a minha família, pelo apoio nos piores momentos. À minha mãe por ser sempre referência e por nunca medir esforços. À minha vó, pelo amor de sempre e pelas inúmeras portas que me abriu através da educação. Meu mais sincero muito obrigado por moldarem quem sou hoje.

A todos os meus amigos, desde o Santa Maria ao CEFET, que sempre me acompanharam ao longo da minha trajetória, obrigado pelo apoio e cumplicidade.

Aos amigos do XXXVIII CSAP por toda vivência durante o curso, pelos momentos únicos vividos nesses quatro anos e por todo o apoio e aprendizado dentro e fora da sala de aula.

Aos companheiros de América por todo o aprendizado, de todas as áreas, ao longo de todo o tempo de comissão. Aprender ao lado de quem preza pela excelência é sempre mais fácil.

Aos companheiros de estágio na SCPTS, pela receptividade, paciência e pela oportunidade de aprendizado constante durante todo período.

Ao meu orientador, Ricardo Carneiro, pela paciência, empenho, dedicação e disponibilidade para me ajudar na elaboração deste trabalho.

A todas as pessoas que, de alguma forma, tornaram esse processo mais fácil e possibilitaram a execução do trabalho.

A minha mãe e avó,

Taciana Albuquerque Polastri e Maria Aparecida Lima Albuquerque,
por serem as maiores referências da minha vida.

O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são.

(Aristóteles)

RESUMO

Tendo em vista a recente mudança da legislação mineira no tocante ao instrumento do Contrato de Gestão (CG) para firmar parcerias com Terceiro Setor e a possibilidade de transferência da gestão de unidades da rede hospitalar da Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais (FHEMIG) para Organizações Sociais (OSs), o trabalho discute se este modelo de parcerias com OS na área da saúde, que se encontra relativamente difundido no país, pode ser considerado uma alternativa eficaz na prestação de serviços setoriais à população. Para tanto, a pesquisa realizada examina a trajetória do modelo das OSs na área da saúde no Brasil, utilizando como referências as experiências setoriais dos estados de São Paulo e Santa Catarina e, na sequência, explora analiticamente as perspectivas de adoção do referido modelo pelo governo de Minas Gerais, tendo em vista o cenário de forte restrição orçamentária que caracteriza o estado. Nos casos examinados, verifica-se que os hospitais geridos por OSSs possuem, em geral, resultados e indicadores melhores se comparados com os hospitais administrados diretamente pelo poder público – hospitais AD - bem como um alcance de metas satisfatório e um ganho de economia significativo. Esses resultados mostram que o modelo de OS pode ser uma alternativa viável e eficiente na prestação de serviços setoriais à população, desde que o controle seja feito de maneira correta e transparente. Por fim, também se verifica um cenário fértil para implantação do modelo no estado mineiro, uma vez que a nova legislação que regulamenta os CGs foi feita levando em consideração aprendizados adquiridos de outras experiências estaduais.

Palavras-chave: Contrato de Gestão. Organização Social da Saúde. Contratualização de resultados.

ABSTRACT

With the recent legislation change in the Minas Gerais State, regarding the Management Contract instrument and the possibility to transfer the management of the FHEMIG (State Hospital Foundation) hospital network to Social Organizations, this monography discuss about the following question: the partnership with Social Organizations model, which is relatively widespread around the country, could be an efficient alternative to provide health services? Therefore, this research examines the model trajectory in brazilian context and uses the São Paulo and Santa Catarina states experiences as references. Right after, analyzes the perspective of the model adoption by the Minas Gerais government, in view of the budget constraint scenario. In the analyzed States cases, it is observed that hospital's managed by Social Organizations had better results in general, as well as reasonable achievement of goals. These results show that the model can be an efficient alternative to provide healthcare services to society, since the control and accountability exists. Lastly, this research also sees that a positive perspective to install the model in Minas Gerais state exists, once the new legislation was made taking into consideration the knowledge and experiences of other states.

Keywords: Management Contracts. Health Social Organizations. Results Contractualization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Formas de Propriedade e Administração e Setores do Estado	24
Figura 2 - Comportamento da satisfação mensal entre 2007 e 2011	48
Figura 3 - Comportamento da taxa de rotatividade entre 2007 e 2011	48
Figura 4 - Percentual de diretores dos hospitais de gestão estadual própria que atendem ao critério estabelecido pelo Decreto 04/2015.	51
Figura 5 - Desempenho das Metas de Atendimento por Hospital, no ano de 2015 ..	52
Figura 6 - Comparação entre valores médios de gastos por leito por modelo de gestão, de 2012 a 2017	53
Figura 7 - Quantidade média do número de médicos, por modelo de gestão, de 2012 a 2017	54
Figura 8 - Quantidade de outros funcionários da saúde, por modelo de gestão, de 2012 a 2017	54
Figura 9 - Comparação entre os valores médios de produção hospitalar por modelo de gestão, de 2012 a 2017	55
Figura 10 - Hibridismo do modelo mineiro de parcerias com OSCIPs	57

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Comparativo de Indicadores de Eficiência Alocativa entre Hospitais administrados por OSS e AD	40
Quadro 2 - Comparativo de Índices de Mortalidade entre Hospitais administrados por OSS e AD.....	40
Quadro 3 - Organizações sociais de saúde qualificadas em São Paulo	42
Quadro 4 - Índices acompanhados pelo Contrato Programa	46
Quadro 5 - Variação de desempenho nos grupos com e sem contrato	47
Quadro 6 – Termos de Parceria celebrados durante a vigência da Lei 14.870.....	59

LISTA DE SIGLAS

AD	Administração Direta
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AGE	Advocacia Geral do Estado
ALMG	Assembleia Legislativa de Minas Gerais
AME	Ambulatórios Médicos de Especialidade
AR	Acordo de Resultados
ASTHEMG	Associação Sindical dos Trabalhadores em Hospitais de Minas Gerais
CAF	Comissão de Avaliação e Fiscalização
CF	Constituição Federal
CG	Contrato de Gestão
CGE	Controladoria Geral do Estado
CGCSS	Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CP	Contrato Programa
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FONIFF	Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
NGP	Nova Gestão Pública
NHS	National Health Service
NPM	<i>New Public Management</i>
OEP	Órgão Estadual Parceiro
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais da Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PGS	Plano de Gestão da Saúde
PPP	Parcerias Público-Privadas
SEPLAG	Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão

SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
TCE	Tribunal De Contas do Estado
TP	Termo de Parceria
TS	Terceiro Setor

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Metodologia.....	Erro! Indicador não definido.
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	Erro! Indicador não definido.
2.1	As reformas da Nova Gestão Pública	18
2.2	As reformas da NPM do Brasil.....	22
2.3	As reformas da NPM em Minas Gerais.....	25
3	CONTRATUALIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE.....	28
3.1	O Modelo Britânico.....	29
3.2	Contratualização e gestão de resultados no setor público.....	32
3.3	Organizações Sociais da Saúde no Brasil	36
3.3.1	OSS em São Paulo.....	41
3.3.2	OSS em Santa Catarina	50
4	A TRAJETÓRIA DO MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM MINAS GERAIS 56	
	MINAS GERAIS	56
4.1	O início do modelo de contratualização mineiro.....	56
4.2	Evolução da Legislação após o julgamento da ADI 1923	60
4.3	Perspectivas da aplicação do modelo no Governo Zema	66
4.3.1	Dias atuais e Pandemia.....	Erro! Indicador não definido.
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICE A - Questões efetuadas durante entrevistas com gestores da seplag ...	82
	ANEXO A - Relação de Entrevistados	83

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, é possível dividir a ordem sociopolítica em três setores: o Estado, o Mercado e a Sociedade Civil Organizada, comumente chamada de Terceiro Setor. A ideia é que neste se insiram organizações privadas sem fins lucrativos e que atuem em atividades relacionadas à promoção do bem-estar coletivo e do interesse público. Alguns autores buscaram definir o conceito de Terceiro Setor na literatura, como Santos (1999, p. 453), que o descreve como “instituições que tentam realizar o compromisso prático entre a eficiência e a equidade em atividades sociais, adotando a flexibilidade operacional típica de pessoas privadas sem prejuízo da busca de equidade social inerente a qualquer instituição pública”

É notória e crescente a preocupação do Estado brasileiro em ser mais eficiente e se aproximar de um estilo de administração gerencial, focada em metas e resultados. Para alcançar esse objetivo, muitas vezes, a administração pública recorre ao Terceiro Setor. Desde os anos 1990, com a Reforma Administrativa proposta pelo governo federal, essa parceria envolve os Termos de Parceria e os Contratos de Gestão, em conjunto com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), criadas pela Lei nº. 9.637/98 e Organizações Sociais (OSs), criadas pela Lei nº. 9.637/98) e OSs (Organizações Sociais, criadas pela Lei nº. 9.790/99) respectivamente, bem como a modalidade mais comum de convênios.

Ainda, com o advento do Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil, por meio da Lei 13.019/2014, reconheceu-se que as parcerias aproximam as políticas públicas das pessoas e das realidades locais possibilitando a solução de problemas sociais específicos. Dentre as diversas áreas passíveis de gestão pelo Terceiro Setor que a legislação abarca, uma delas se destaca: a saúde. Nos últimos anos, essa área passa por um processo de contratualização intensa e, desde a Reforma Administrativa no fim dos anos 1990, 23 estados brasileiros, o Distrito Federal e mais de 200 municípios, em todo país mantêm equipamentos públicos de saúde geridos em parceria com OS, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

Atualmente, Minas Gerais, Roraima e Acre são os únicos estados da Federação que não contam com gestão de OSs na área de saúde em suas capitais

ou governos estaduais (AGÊNCIA MINAS, 2019). No caso mineiro, uma das razões é a adequação tardia da legislação que regulamenta entidades do Terceiro Setor no estado. Isto se associa ao fato de que a legislação estadual tratava Oscip e OS como sendo de mesma natureza e dificultava ações em parceria com OSs. Somente em 2018, com a edição da Lei 23.081, em que se deu o entendimento da diferença de atuação dos dois modelos, as parcerias com OSs na área da saúde puderam ter seu debate iniciado. Uma das razões para a demora do estado em se desvincular da legislação híbrida é o julgamento da ADIN 1923 por parte do STF, que questionava a legalidade do modelo de parcerias com OSs.

Assim, com o julgamento da ADIN 1923 em 2015, que decidiu pela validade da prestação de serviços públicos não exclusivos por OSs em parceria com o poder público (STF, 2015), bem como o advento da Lei 23.081/2018, a nova gestão do governo de Minas Gerais, empossada em 2018, sinalizou a intenção de repassar a gestão dos hospitais da rede FHEMIG para OS.

Dessa forma, o trabalho visa responder a seguinte pergunta: O modelo de parcerias com OSs na área da saúde que se encontra relativamente difundido no país pode ser considerado uma alternativa eficaz na prestação de serviços setoriais à população de Minas Gerais?

O objetivo deste trabalho, portanto, consiste em analisar os desafios e as potencialidades da adoção do modelo de parceria com OSs na área de saúde pela administração pública em Minas Gerais, tendo como referência as experiências setoriais dos estados de São Paulo e de Santa Catarina para, a partir dessas experiências, discutir o cenário mineiro.

Para a consecução desse objetivo geral foram traçados os seguintes objetivos específicos:

1. Realizar uma revisão bibliográfica sobre as reformas na administração pública, destacando o movimento reformista da Nova Gestão Pública;
2. Realizar uma revisão bibliográfica acerca da relação entre Estado e Terceiro Setor, enfatizando o modelo de parceria com as denominadas Organizações Sociais;

3. Examinar a trajetória da aplicação do modelo de OS no país, com enfoque na área da saúde;
4. Examinar a implementação no referido modelo nos estados de São Paulo e Santa Catarina;
5. Discutir as potencialidades e os limites do modelo de OS tendo em perspectiva sua aplicação na área de saúde pelo atual governo de Minas Gerais.

Os dois primeiros objetivos específicos são abordados na seção que trata do Reformismo da Nova gestão Pública, onde as proposições de reforma da NPM são discutidas (em âmbito global e dentro do cenário brasileiro), bem como o papel do Terceiro Setor na reforma proposta pelo governo brasileiro nos anos 1990.

Já o terceiro e o quarto objetivos específicos inserem-se na seção Contratualização na Área da Saúde, onde realiza-se uma descrição do Modelo Inglês de contratualização na saúde, bem como a adoção de um modelo contratualista na saúde brasileira sob uma perspectiva nacional e, logo após, das referidas unidades da federação.

Por último, o quinto objetivo específico é tratado na seção Trajetória do Modelo de Contratualização em Minas Gerais. Nela, são descritas a trajetória da legislação setorial mineira e a atuação da gestão atual do governo do estado após o novo regimento.

A pesquisa tem um propósito descritivo-exploratório, cujo objetivo é discorrer sobre as características dos modelos de parceria e contratos de gestão firmados entre governo e OSSs, aplicado no contexto do estado de São Paulo e Santa Catarina e, assim, obter, por meio dessas experiências, subsídios para a discussão da adoção do referido modelo pelo governo de Minas Gerais.

Como instrumentos de pesquisa, foram utilizadas as técnicas e procedimentos de revisão bibliográfica e análise documental, bem como entrevistas com interlocutores chave no processo decisório da recente terceirização da saúde em Minas Gerais. Importante salientar que foram feitas tentativas de entrevista com representantes da FHEMIG, contudo, devido ao cenário adverso da pandemia de covid-19, as tentativas não obtiveram sucesso.

A pesquisa bibliográfica foi feita a partir do levantamento de referências teóricas sobre o objeto de análise da monografia, com o intuito de apreender e sistematizar o conhecimento produzido referente a questões pertinentes à sua abordagem. Para tanto, foram utilizadas referências encontradas utilizando-se de bases e ferramentas como Spell, Scielo e Google Acadêmico, em que as buscas envolveram expressões ou palavras como reforma do Estado, contratualização, acordo de resultados, parcerias com o Terceiro Setor, OS, e experiência com OSS no estado de São Paulo, dentre outras. Sobre as experiências estaduais de contratualização na área da saúde, as referências utilizadas, no caso de São Paulo, foram a tese de doutorado de Perdicaris (2012) e artigo de Abrucio e Sano (2008); já no que diz respeito ao estado catarinense a única referência encontrada foi o estudo elaborado pelo Tribunal de Contas do estado (2017) Importante salientar que a escolha dos dois estados foi embasada em entrevista realizada com gestores da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG), que citaram os dois estados como duas das principais referências para o modelo mineiro de contratualização. No que se refere ao estado de Minas Gerais, foram utilizados, principalmente, o trabalho de Prosdocimi (2017), e de Prosdocimi e Coimbra (2019).

A pesquisa documental envolveu buscas em sites capazes de fornecer informações acerca de leis, regulamentos e decretos atinentes ao modelo de OS, como os portais s da Assembleia Legislativa de Minas Gerais e de São Paulo. Sobre as leis, destacam-se a Lei Estadual 23.081/2018 (e a evolução da legislação até o advento dessa lei) que regulamenta os contratos de gestão com OSs no estado de Minas Gerais, o Decreto 47.553/2018 que regulamentam a qualificação como OS e a celebração do contrato de gestão, bem como as legislações estaduais pertinentes ao tema das unidades da federação abordadas no trabalho. Ao lado disso, foram utilizados documentos capazes de fornecer informações sobre a perspectiva de adoção do modelo de OS na área de saúde pelo atual governo de Minas Gerais, como instrumentos de planejamento da nova gestão, exemplificados pelo Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), bem como seu plano de governo.

As entrevistas foram realizadas com gestores da SEPLAG que estão inseridos no processo de contratualização da saúde em Minas Gerais com o intuito de entender como se deu a formulação do modelo de parcerias com OSs, como as outras experiências auxiliaram no processo e estimulam os hospitais a buscarem melhores

resultados, e se existe a preocupação dos gestores com casos de desvios de comportamento nas unidades hospitalares, na busca de resultados a qualquer custo.

Os entrevistados bem como as datas das entrevistas estão detalhados no Anexo A. As perguntas que guiaram a entrevista foram baseadas nos pontos levantados pela revisão de literatura presentes no decorrer do trabalho, e estão descritas no Apêndice A. Mais uma vez, ressalta-se a limitação do trabalho em realizar entrevistas com outros atores, como por exemplo representantes da FHEMIG, devido ao cenário da pandemia de 2020.

A monografia abrange o tema da contratualização na saúde, iniciando por uma contextualização das reformas propostas pela NPM e como foi sua adoção pelo governo brasileiro e mineiro (desde o Choque de Gestão). Logo depois, é abordado o processo de contratualização, mais especificamente na área da saúde, desde o seu início no contexto britânico, até o cenário brasileiro com as OSS e as experiências estaduais de São Paulo e Santa Catarina com essas organizações. Por último, é descrita a trajetória da legislação que regulamenta as OSs em Minas Gerais e a perspectiva desse modelo de atuação com a posse da nova gestão em 2018.

2 O REFORMISMO DA NOVA GESTÃO PÚBLICA

O trabalho discute a relação entre o Estado e as OSs como membros de uma relação contratual na gestão da saúde, a partir de um modelo institucional introduzido no contexto brasileiro na década de 1990 com o intuito de analisar sua pretendida aplicação pelo governo do estado de Minas Gerais. A discussão se faz relevante a partir da guinada nessa direção tomada pela atual gestão do governo mineiro, com o início do processo de contratualização da FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais), ocorrida em 2019. Importante salientar que o objetivo do trabalho é verificar se os hospitais geridos por OSSs podem ser uma alternativa às gestões vistas como ineficientes e não uma completa substituição de hospitais sob gestão da própria administração pública, tratados como hospitais AD.

O capítulo dedica-se a apresentar contribuições teóricas, conceitos e prescrições que ancoram o desenvolvimento da análise. A primeira parte trata das reformas na administração pública de modo geral, examinando como se deu o movimento da Nova Gestão Pública, enfatizando a gestão por resultados. A segunda parte trata da adoção por parte do governo brasileiro, na década de 1990, de algumas

das propostas da NPM, conferindo destaque à proposição do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Por fim, a terceira parte trata mais particularmente do cenário mineiro e como se deu a adoção de propostas da NPM no âmbito estadual.

2.1 As reformas da Nova Gestão Pública

Há algumas décadas existem discussões acerca de medidas para tornar o Estado brasileiro mais eficiente na prestação de serviços. Principalmente após o advento da Constituição Federal em 1988 (CF-88), onde uma série de responsabilidades foi atribuída ao Estado brasileiro.

O Estado – assumindo a responsabilidade sobre a garantia de serviços sociais tais como saúde, educação, cultura, previdência e assistência social, pesquisa científica, além de atividades de cunho econômico, como a regulação do sistema econômico interno e das relações econômicas internacionais, a estabilidade da moeda e do sistema financeiro e a provisão de serviços públicos e de infraestrutura – passou a apresentar grandes dificuldades e graves problemas de eficiência na prestação desses serviços, fato que num Estado Liberal, com intervenção mínima por parte da administração pública, não era tão relevante. Evidenciaram-se, portanto, as dificuldades da burocracia racional legal weberiana em garantir o pleno funcionamento do Estado de forma a cumprir todos os papéis que passara a assumir em sua nova concepção a partir do século XX e com a necessária eficiência que pretendia (MENACHO, 2015, p.16)

Assim, através de preceitos propostos pela Nova Gestão Pública (NGP ou, no inglês, *New Public Management - NPM*), adotou-se um novo modelo de administração para lidar com o problema da eficiência. A NPM trazia um modelo de administração gerencial focada no desempenho, nos resultados e na celeridade dos processos e foi aplicada em diversos contextos nacionais diferentes, principalmente nas décadas finais do século XX.

A ampla denominação *New Public Management* abriga conteúdos e trajetórias distintos e que evoluíram ao longo das últimas décadas. A orientação inicial voltada à busca da eficiência e à redução do gasto público foi sendo alterada em direção ao foco em resultados, à qualidade dos serviços prestados, ao empoderamento do cidadão por meio de oportunidades para escolher entre diferentes provedores de serviço e para expressar seu grau de satisfação (PACHECO, 2010, p. 189-190)

A NPM surge em um contexto de crise que acomete as principais economias capitalistas ao longo da década 1970. Na interpretação que se tornaria

imperante a partir daquele momento, os problemas enfrentados seriam decorrentes de uma atuação estatal excessivamente intervencionista econômica e socialmente. Assim, altera-se o paradigma econômico de uma visão keynesiana para uma visão pautada no liberalismo clássico, onde se defendia que o Estado havia adquirido um tamanho desproporcional e a administração pública tornara-se ineficiente (PACHECO, 2010).

Outro ponto relevante na discussão, a administração pública era vista como sendo direcionada pelos processos (*process-driven*), com demasiado zelo pelas normas formais, considerando-se a burocracia como um fim e não como um meio. Em contraste, as organizações públicas pautadas pelo gerencialismo seriam direcionadas pelos resultados (*results-driven*), com a provisão de serviços públicos sendo mais eficiente, com menores custos e mais produtivas (CAVALCANTE, 2017, p.15).

Então, o caráter das mudanças propostas pela NPM é baseado em cinco preceitos que vão ditar a atuação da administração pública e o papel desempenhado pelo Estado desde sua implementação (CARNEIRO, MENICUCCI, 2011):

- I. O foco em resultados;
- II. A qualidade dos serviços prestados;
- III. “O empoderamento do cidadão por meio de oportunidades para escolher entre diferentes provedores de serviço e para expressar seu grau de satisfação como usuário” (PACHECO, 2010, p. 189)
- IV. A accountability;
- V. A transparência.

Sobre os dois primeiros, relevantes para o tema sobre o qual esse trabalho objetiva tratar, são justificados pela tentativa de solucionar um problema que teria sido trazido por um modelo burocrático de administração weberiana: a autonomia decisória conferida à burocracia weberiana não se configura apenas como um distanciamento do interesse público, mas coloca os burocratas em uma posição privilegiada para agir

em função do seu próprio interesse, consoante a perspectiva analítica da teoria da *public choice*¹.

Assim, a partir dessa interpretação dos aspectos negativos da administração burocrática, a NPM propõe medidas de caráter descentralizador como a delegação da prestação de serviços públicos a entidades não governamentais e o aumento da autonomia decisória na alocação de recursos. Na busca por melhor desempenho, são mobilizadas estratégias como flexibilizar as regras e os procedimentos gerenciais através de contratações de serviços externos (*contracting out*), ações desenvolvidas com terceiro setor (*outsourcing* – normalmente via instrumentos contratuais de gestão e que são objeto deste trabalho) e parcerias público-privadas (PPPs).

A ideia dos chamados contratos de gestão está vinculada à premissa de que somente o núcleo estratégico de governo (setores responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas) não é suficiente para atender à complexidade da sociedade e prover os serviços demandados pela população. A NPM preconiza a delegação da prestação de serviços públicos a entidades não governamentais como alternativa à provisão direta por entes estatais, comumente utilizada pelo setor público. Dessa forma, parcerias passam a ser firmadas com o intuito de oferecer uma melhor resposta a essas questões, constituindo um dos eixos de suas iniciativas reformistas.

Assim, a função do Estado é modificada de um provedor de serviços para uma função estratégica, onde seria responsável pelo estabelecimento de metas, diretrizes e controle, ainda que sem renunciar à provisão direta. No entanto, na provisão direta, observou-se a utilização dos contratos de gestão pelo núcleo estratégico do governo para exercer controle sobre unidades descentralizadas, sendo importante para definir o padrão de qualidade desejado.

¹ A teoria da escolha pública entende que o comportamento dos integrantes do governo é ditado pelos princípios utilitários e não pelo altruísmo ou interesse público, assim, vai enxergar o processo político e sua intromissão nas transações mercantis privadas como uma ameaça à liberdade individual e ao progresso econômico, vendo o mercado como o padrão institucional mais adequado para a organização das sociedades (Borges, 2001).

É importante salientar que, naturalmente, o conceito de contrato é algo mais amplo, que trata de um vínculo jurídico entre duas ou mais partes, destinado a estabelecer um alinhamento de interesses entre os interessados, contendo direitos e obrigações de cada um dos envolvidos. O tipo de contrato examinado neste trabalho é o contrato de gestão.

O instrumento do contrato de gestão em si é um dos principais mecanismos de atuação com enfoque no resultado e permitiria o monitoramento da implantação e desenvolvimento da política pública. De acordo com Perdicaris (2012, p.3).

Entende-se como “contratos de gestão”, “contratos de resultados” ou, ainda, “contratualização de resultados” a prática de conceder maior autonomia de gestão a entidades descentralizadas em troca do comprometimento da organização em atingir determinados resultados. Desta forma, o controle do Estado deixa de ser exercido apenas da maneira burocrática tradicional, ou seja, pelo cumprimento de normas e procedimentos, e passa a orientar-se prioritariamente à avaliação de resultados, um dos principais conceitos da NGP (Nova Gestão Pública).

Por fim, após décadas do início do movimento que propôs um maior foco no desempenho e a despeito de bons resultados logrados em determinados contextos, não se pode dizer que as medidas aglutinadas no conceito de NPM obtiveram sucesso absoluto. O que acontece, de fato, é que seus resultados são bastante díspares, como mostra balanço feito por Pollitt (2013) acerca do reformismo da NPM nos países desenvolvidos

Como se configurou como um movimento que ocorreu em diversos países e contextos diferentes, é difícil de se aglutiná-lo num único conceito ou definição, tornando mais complexo qualquer esforço de avaliar seus resultados. Entretanto, de forma generalizada, o que convencionou-se chamar de NPM não extinguiu controles tradicionais, pois as descentralizações e desregulações vieram, muitas vezes, acompanhadas de novas regras e de uma imposição de modelos fixos de gestão. Isso se dá, dentre outras razões, pela tentativa de importação de um modelo universal para contextos e cenários tão distintos da administração pública (CARNEIRO, MENICUCCI, 2011).

Da mesma forma, as promessas da adoção de práticas de gestão privadas representarem um alto ganho de eficiência para a gestão pública não se configuraram

plenamente, ainda que fossem observados ganhos moderados em diversos casos. Isso transcorre da diferença inerente das esferas públicas e privadas: as empresas, por serem diariamente pressionadas a adotarem mudanças e inovações tecnológicas, são dotadas da capacidade de agir com rapidez e introduzir mudanças com celeridade. Já a esfera pública, por obedecer às normas fixadas em leis e decretos, que não estão facilmente sujeitas a alterações, dependem de novos debates e consensos políticos (MOTTA, 2013).

2.2 As reformas da NPM do Brasil

No Brasil, é possível destacar a implementação do modelo reformista da NPM com a Reforma Administrativa de 1995, implementada no Governo Fernando Henrique por seu então ministro, Bresser-Pereira. Na época, se afirmava que o objetivo da reforma era imprimir à administração pública um caráter gerencial, tendo por conceitos básicos a atuação visando resultados, e não apenas a execução de rotinas, típica da burocracia. Conceitos novos, não bem trabalhados ou conhecidos nos órgãos públicos, à época, passaram a ser incorporados no cotidiano administrativo, tais como planejamento estratégico e gestão por resultados. Ainda, foi a partir dessa reforma que se trouxe a diretriz de descentralização e publicização de atividades relacionadas à prestação de serviços públicos, trazendo a consequente perspectiva de expansão da atuação do Estado em conjunto com o Terceiro Setor (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 61).

É possível sintetizar algumas das principais preocupações da NPM na combinação de dois conceitos principais: a flexibilização da gestão e o aumento da responsabilização da administração pública. Esses conceitos ganharam impulso na gestão pública brasileira em 1995, com o advento do Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), sob o comando do ministro Bresser-Pereira. Foi proposto, então, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), que apresentou um diagnóstico da administração pública federal, pautado, em boa medida, pelas ideias da NPM, especialmente a experiência reformista da Inglaterra.

O objetivo da reforma proposta em 1995 era atender aos dois princípios comentados anteriormente: flexibilização da gestão e reforço da *accountability* ou responsabilização do corpo burocrático. Para tanto, utilizou-se do PDRAE como instrumento de balizamento, o qual propugnava a chamada administração pública

gerencial como uma nova realidade a ser implantada no aparelho administrativo estatal.

No plano proposto pelo Mare, o principal ponto de convergência com a NGP estava no desenho institucional. Nessa concepção, o Estado atuaria mais como regulador e promotor dos serviços públicos e buscaria, preferencialmente, a “descentralização, a desburocratização e o aumento da autonomia de gestão” [...] Para alcançar esse objetivo, o aparelho estatal deveria fortalecer o corpo burocrático ao mesmo tempo em que se criaria um modelo de gestão orientado por resultados e baseado na contratualização, seja com os órgãos internos ao aparelho estatal, seja com entes públicos não estatais, por meio daquilo que foi chamado de organizações sociais (ABRUCIO e SANO, 2008, p.66).

Ademais, um dos objetivos da proposta de contratualização trazida no PDRAE era o de acabar com as práticas corporativistas e patrimonialistas presentes no país. A intenção era basear as relações contratuais em resultados e metas pré-definidos para vencer o caráter de relações históricas de um Estado visto como capturado por interesses de classes ou corporativos. Segundo Bresser-Pereira (2001, p. 259) “O Estado burocrático-industrial e o Estado gerencial são Estados de transição de uma política de elites para uma democracia moderna”

Com isso, buscou-se uma readequação do que era entendido como atividades da administração pública, com o objetivo de demarcar e reduzir a atuação estatal. Ao lado disso, buscou-se uma forma de atuação que se aproximasse das técnicas do setor privado, mais especificamente, foco em resultados e objetivos, eficiência e eficácia. Para tanto, Bresser-Pereira (1996, p. 41-42) propôs a delimitação das funções do Estado em quatro áreas: (1) o núcleo estratégico do Estado, (2) as atividades exclusivas de Estado, (3) os serviços não-exclusivos ou competitivos, e (4) a produção de bens e serviços para o mercado, como pode ser visualizado na Figura

Figura 1 - Formas de Propriedade e Administração e Setores do Estado

	FORMA DE PROPRIEDADE			FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	Estatal	Pública Não-Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios	○				○
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Polícia, Regulamentação, Fiscalização, Fomento, Seguridade Social Básica	○				○
SERVIÇOS NÃO EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus	Publicização	○			○
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais		Privatização	○		○

Fonte: Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995). Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, p.48

Dentre essas funções, o núcleo estratégico compreenderia a área responsável pela elaboração das políticas públicas e por traçar diretrizes e estratégias para a atuação do Estado. Seria composto, a nível federal (com as respectivas correspondências em nível estadual e municipal) pelo Presidente da República, pelos ministros de Estado e a cúpula dos ministérios, bem como tribunais federais, encabeçados pelo Supremo Tribunal Federal, e pelo Ministério Público.

As atividades exclusivas do Estado corresponderiam ao “poder do Estado”, que se expressa na prerrogativa de legislar e tributar, bem como no poder de polícia e nas forças armadas, dentre outras. Os serviços não-exclusivos seriam aqueles considerados de grande importância para o bem-estar social e a garantia de direitos dos cidadãos, incompatíveis, muitas vezes, com a lógica de mercado, que supõe a cobrança para o acesso aos serviços por ele prestados. Por fim, a produção de bens e serviços para o mercado é desempenhada por empresas estatais ou de economia mista que prestam serviços públicos ou em setores estratégicos e que são compatíveis com a lógica de mercado. (BRESSER-PEREIRA, 1996)

A Figura 1 permite visualizar, além das funções do Estado, as diferentes formas de propriedade e de administração de cada uma, de acordo com o PDRAE. A reforma administrativa nele proposta envolvia, para os setores de serviços não-

exclusivos e de produção para o mercado, mudanças tanto na forma de propriedade quanto na de administração (BRASIL, 1995).

Como consta na Figura 1, a reforma proposta trouxe também o conceito do processo de publicização, que seria aplicada na oferta de serviços públicos não exclusivos, transitando da propriedade estatal para a pública não-estatal. No âmbito da publicização surge o conceito de sociedade civil organizada através das Organizações Sociais (OS) que, por sua vez, seriam um dos instrumentos, junto com as agências executivas, pelo qual a estratégia de descentralização administrativa seria efetivada.

Portanto, a estratégia baseava-se em um fortalecimento da administração direta (*policy makers*) no que concerne ao núcleo estratégico e uma descentralização da execução das políticas públicas, através de “agências autônomas” (tal qual o modelo inglês que será posteriormente apresentado) no tocante às atividades não-exclusivas., as quais seriam objeto de regulação, acompanhamento e monitoramento por parte do referido núcleo estratégico.

O instrumento jurídico que regeria essa relação foi instituído em 1998, através da Lei Federal nº 9.637, denominado “Contrato de Gestão”. Este instrumento seria o responsável por fixar as garantias e incentivos no desenvolvimento das atividades não-exclusivas que passariam para a esfera da propriedade pública não-estatal. Permitiria também o controle e acompanhamento dos compromissos acordados entre as partes, por meio da definição de metas e indicadores, em linha com as proposições da Nova Gestão Pública, anteriormente mencionada.

2.3 As reformas da NPM em Minas Gerais: O Choque de Gestão

O cenário econômico em Minas Gerais em 2003 era tratado, pelo novo governo então empossado, como preocupante. Caracterizava-se por grave situação fiscal, envolvendo déficit orçamentário, grande comprometimento da Receita Corrente Líquida (RCL) estadual com as despesas de pessoal (em torno de 70% da RCL) e suspensão de repasses financeiros advindos do Governo Federal, dentre outros aspectos (PROSDOCIMI, 2008, p.36).

Frente a esse cenário fiscal adverso, o novo governo, comandado por Aécio Neves, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), adotou um conjunto de proposições reformistas, que foi chamado de “Choque de Gestão”. Essas reformas visavam formalmente à recuperação financeira, por meio do ajuste fiscal e a recuperação do equilíbrio nas contas públicas, com o intuito de retomar a capacidade de investimento do estado e de garantir as condições e os recursos necessários à realização das políticas públicas de um modo geral. (MINAS GERAIS, 2015)

Dentre as medidas propostas, destacam-se a adoção de uma cultura voltada para resultados, a definição de critérios de aferição de desempenho e alcance de metas, bem como a criação da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG) como órgão responsável pela condução das ações referentes ao Choque de Gestão. Conforme Anastasia (2006), na concepção da SEPLAG figurava a necessidade de se concentrar, sob um único comando, todas as ações relativas ao Choque de Gestão. Essas atribuições envolviam os instrumentos vinculados ao planejamento, a saber, orçamento anual e plurianual, plano de médio e longo prazos, e a coordenação geral das ações governamentais, bem como os instrumentos vinculados à gestão em sentido estrito, tais como recursos humanos, governança eletrônica, logística. Perdicaris (2012, p.5) comenta sobre a adesão do estado mineiro às medidas da NPM através do Choque de Gestão:

O Estado de Minas Gerais foi um dos estados precursores na introdução de práticas de NGP e contratos de gestão, com o chamado “Choque de Gestão” iniciado em 2003, no primeiro mandato do Governador Aécio Neves. O governo trabalhou em um planejamento estratégico, definindo 57 projetos estruturantes em 11 áreas de resultados, pactuados formalmente através de contratos com as secretarias, autarquias, fundações e empresas estaduais. Com base nessas metas passou-se a avaliar o desempenho dos órgãos públicos e servidores na prestação de serviços. O acordo compreende principalmente compromissos relativos à: 1) execução dos projetos estruturantes; 2) alcance dos resultados, ou seja, das metas dos indicadores; 3) execução da agenda setorial e; 4) racionalização do gasto

Um dos instrumentos adotados, com vistas ao controle e monitoramento de políticas e atividades conduzidas pelos órgãos da administração pública estadual, dentro da lógica do Choque de Gestão, foi o denominado “Acordo de Resultados” (AR). O AR teve, como embasamentos, a lei nº. 14.694, de 30 de julho de 2003, e os decretos nº 43.674 e nº 43.675, de 04 de dezembro de 2003. A execução desse

instrumento se deu por meio de controle dos resultados obtidos em contraste com as metas preestabelecidas, visando consolidar e aprimorar o processo de transformação em curso e garantir sua irreversibilidade, assim como melhorar a aplicação de recursos através da priorização de metas e consolidação de uma carteira de projetos orientada para resultados (PROSDOCIMI, 2008).

Ainda, de forma mais ampla, o Acordo de Resultados se configurava como um instrumento voltado a possibilitar o alinhamento das organizações da administração pública estadual por via contratual, envolvendo negociações destas entidades com o chefe do poder executivo, intermediadas pela SEPLAG. O AR foi implantado nos primeiros anos do Choque de Gestão, ilustrando o quanto a gestão por resultados se tornara ponto essencial para o governo mineiro a partir de 2003, que em muito esteve influenciado pelo PDRAE na esfera federal. Essa influência também se expressa no incentivo à aproximação de organizações do terceiro setor, o que teria sido corroborado pelo marco regulatório das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), instituído com a Lei 14.870, de 16 de dezembro de 2003.

Sobre o marco legal do AR, de acordo com a Lei 14.694 de 30 de julho de 2003, seus objetivos eram os seguintes:

- I - Aumentar a oferta e melhorar a qualidade dos serviços prestados à sociedade;
- II - Estimular, valorizar e destacar servidores, dirigentes e órgãos ou entidades que cumpram o seu papel individual, institucional ou social;
- III - Aperfeiçoar o acompanhamento e o controle de resultados da gestão pública, mediante instrumento caracterizado pela consensualidade, objetividade, responsabilidade e transparência;
- IV - Fixar metas de desempenho específicas para órgãos e entidades, compatibilizando a atividade desenvolvida com as políticas públicas e os programas governamentais;
- V - Dar transparência às ações dos órgãos públicos e facilitar o controle social sobre a atividade administrativa, mediante a divulgação, por meio eletrônico, dos termos de cada acordo e de seus resultados;
- VI - Aperfeiçoar as relações de cooperação, supervisão e fiscalização entre o acordante e o acordado;
- VII - Promover o desenvolvimento e a implantação de modelos de gestão flexíveis, vinculados ao desempenho institucional, propiciadores do envolvimento dos seus agentes e dirigentes no aperfeiçoamento dos serviços prestados. (MINAS GERAIS, 2003a)

A partir dos objetivos delineados na referida lei, pode-se inferir que se tratava de uma tentativa de criação de incentivos para que os servidores adotassem uma nova filosofia de trabalho, a de alcançar metas previamente traçadas. Para tanto, os órgãos teriam que articular mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação da execução de suas atividades, especificando os resultados a serem alcançados ou promovidos.

Passados vários anos de sua implementação, é possível fazer um balanço sobre os aspectos positivos e negativos do Acordo de Resultados sob a administração pública em Minas Gerais. Segundo Cardoso (2017), alguns dos aspectos positivos incluem a melhoria da gestão em órgãos a partir da celebração da contratualização; o aumento da facilidade de obtenção de informações por dirigentes acerca de sua organização; a percepção pelos órgãos sobre a importância das autonomias concedidas. Entretanto, após a mudança de governo em 2015, algumas críticas ao AR e o Choque de Gestão foram elencadas, dentre elas o foco excessivo na eficiência das ações, em detrimento do real impacto das políticas públicas para o cidadão e a melhora de sua qualidade de vida (CARDOSO, 2017).

Vale salientar que isso não significou um rompimento com o modelo contratualista e sim uma substituição da lógica do Choque de Gestão por uma cujo enfoque não estava mais nas notas e avaliações de desempenho, mas sim no monitoramento periódico de entregas e elaboração de relatórios de situação das entregas (CARDOSO, 2017).

3 CONTRATUALIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo tratar do histórico da contratualização na área da saúde, começando pela apresentação do modelo iniciado no governo britânico de Margaret Thatcher, que aplicou diversas práticas do receituário da NPM na área da saúde e que, posteriormente, seria importado para o contexto brasileiro. Logo após, faz-se uma breve contextualização da gestão de resultados no cenário brasileiro. Por fim, as Organizações Sociais da Saúde (OSSs) são abordadas, bem como as experiências com este tipo de organização em duas unidades da federação que serviram de referência para o modelo mineiro.

3.1 O Modelo Britânico

Para contextualizar como se deu a adoção do modelo proposto pela NPM na área da saúde, é necessário entender o cenário de crescimento de gastos anterior a reforma efetuada na década de 1990 e como se deu sua implementação em outros contextos, como o britânico. Nos anos 1980 existiu uma pressão, devido ao cenário macroeconômico adverso, para ajustes e maior controle do crescimento das despesas públicas, dentre elas as despesas com a função saúde. Fatores como aumento de doenças crônicas e envelhecimento da população nos países centrais da economia mundial, também contribuíram para esse crescimento, além do natural incremento da tecnologia médica, introduzindo novos equipamentos, processos e procedimentos médico-hospitalares, e da inflação dos preços dos insumos da atenção à saúde com o passar dos anos.

Um dos países que mais sentiu os impactos dessas pressões, dentre os países centrais, é o Reino Unido, por possuir um sistema de saúde – o National Health Service (NHS) - que se aproxima muito do modelo Beveridgiano, baseado no financiamento fiscal, universalidade de acesso e gratuidade da atenção em todos os níveis de complexidade. Esse sistema teve sua legitimidade questionada ao longo das décadas de 1970 e 1980 e passou por uma série de reformas em sua arquitetura institucional (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 1999).

As reformas no setor de saúde britânico foram norteadas por diretivas macroeconômicas visando à diminuição dessa categoria de despesas no orçamento público. Algumas das medidas de curto prazo observadas no país foram endereçadas ao controle de preços no setor, com a introdução do co-pagamento no consumo de medicamentos, a redução do escopo do seguro social e a limitação do emprego setorial. Entretanto, o efeito de tais medidas não foi a esperada redução do crescimento das despesas setoriais, mas sim sua estabilização (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 1999).

O governo responsável pelo desencadeamento das reformas, liderado por Margaret Thatcher, implementou diversas medidas envolvendo o conjunto do setor público, com forte impacto na área da saúde. De acordo com Costa, Silva e Ribeiro (1999, p.218)

As principais mudanças que a nova gestão pública introduz na reforma do setor público inglês, com importantes repercussões no setor saúde na década de 1980: imposição dos instrumentos da nova gestão pública no nível central de governo, por meio de: iniciativas de gestão financeira; transferência de funções executivas do governo central para agências autônomas; privatização de algumas funções; reestruturação das agências que permaneceram no setor público através da incorporação de gestores contratados no setor privado; introdução de nova linguagem por meio da qual os objetivos das agências possam ser traduzidos em termos de mercado; criação de novos instrumentos para inspeção e regulação para avaliação de performance; disseminação dos êxitos das mudanças de cultura pela divulgação dos resultados da avaliação, frequentemente de modo comparativo.

Todas essas iniciativas representaram uma mudança de paradigma do modelo de gestão da saúde inglês, que passou a ser pautado por uma nova visão trazida pela NPM, qual seja, a retórica sobre a necessidade de qualidade no serviço público e, principalmente, a desconcentração no fornecimento de bens e serviços por parte do Estado. Essa desconcentração se daria por meio da adoção de um dos instrumentos fundamentais da NPM, a contratualização de resultados, associada ao fomento da criação de agências executivas.

Assim, já no final da década de 1990, o serviço público britânico tinha 65% do seu pessoal trabalhando em agências que ganharam relativa autonomia em relação ao poder central (JENKINS, 1996, p.90), graças ao modelo de contratações. Esse número ilustra a dimensão do modelo contratualista em todos os níveis do governo inglês, que tinha a intenção de tornar o poder público mais leve, ágil e competitivo.

O modelo reformista britânico chamado de *Next Steps*, que começou a ser implementado em 1988, visava, dentre outras coisas, criar uma separação entre o núcleo responsável por elaborar a política pública e a unidade responsabilizada pela execução destas políticas, as agências executivas. Tais agências possuiriam uma estrutura definida e hierarquizada, onde um chefe executivo seria responsável pela sua performance e as atividades norteadas por um contrato de gestão firmado entre a administração central e as referidas agências. Assim, a unidade gozaria de certa autonomia administrativa e financeira (MACEDO, ALVES, 1997).

O *Next Steps*, embora tenha se iniciado timidamente, em áreas de pouca relevância e de fácil implementação, tinha o objetivo de se difundir para diversas áreas de atuação estatal. Como acima mencionado, quase dois terços do serviço público britânico, no final da década de 1990, possuía vínculo com atividades contratuais nas agências executivas. Portanto, a contratualização acabou por representar uma mudança substancial no arranjo da máquina pública, incluindo a área da saúde (JENKINS, 1996, p.90).

O novo arranjo promovido pelas reformas, em contraponto com a antiga estrutura horizontalizada, com departamentos dividindo, muitas vezes, a mesma condição de trabalho, hierarquia e função, contava agora com uma base mais vertical, envolvendo um núcleo elaborador das políticas públicas e as agências executivas encarregadas de implementá-las. Nesse novo arranjo, os funcionários departamentais passaram a ter maior liberdade em relação ao centro, enquanto aqueles situados nas agências executivas foram balizados por relações contratuais que incluem objetivos, responsabilidades, pagamento, recrutamento e treinamento (MACEDO, ALVES, 1997, p.74).

Entretanto, ainda que trazendo um ganho de eficiência e economicidade para o fornecimento de bens e serviços na área da saúde, o modelo britânico de contratações no NHS trouxe consequências relevantes para a premissa de universalização do direito da população ao cuidado e à prevenção. Ao permitir, através da contratualização e de outras medidas que implantaram uma lógica mercadológica à administração de hospitais e ao fornecimento de cuidados médicos por parte do governo britânico, o novo arranjo mudou a ótica de provimento de atenção à saúde básica como direito do cidadão para a possibilidade de extrair lucros. Nas palavras de Philippon (2016, p.12)

A gradativa, porém constante, liberalização do NHS como um todo teve como sua principal e mais grave consequência a restrição do direito universal à saúde. Tal restrição consubstancia-se em barreiras no acesso à saúde e redução de cobertura por discricionariedade dos *Clinical Commissioning Groups* na oferta e contratualização de serviços. Ocorreu ainda a estratificação da clientela populacional por seleção de riscos, o abandono do modelo territorializado de planejamento e assistência, e a separação dos cuidados individuais das ações coletivas. A ampliação do controle de acesso a serviços secundários levou ao fechamento de serviços não lucrativos, comprometendo a integralidade do cuidado.

Portanto, ainda que tenha obtido sucesso no âmbito da eficiência do sistema de saúde, a contratualização trouxe consequências adversas no contexto britânico. Evidentemente, são aspectos que devem ser levados em consideração quando aplicada no cenário brasileiro, o que é discutido nas seções seguintes.

3.2 Contratualização e gestão de resultados no setor público

A contratualização é importante instrumento para consolidar o modelo de gestão de resultados trazido pela NGP. Pacheco (2010) define a contratualização como um mecanismo de gestão em que entidades firmam acordos tendo em perspectiva a execução de metas a serem alcançadas. Com isso, a lógica do controle político e burocrático dá lugar à lógica do controle baseado em resultados.

O acordo é composto por um órgão (ou entidade) supervisor e um executor. O primeiro é o responsável pela definição dos resultados pretendidos, bem como por seu monitoramento e avaliação. Enquanto o segundo, como o próprio nome diz, é responsável pela execução e, portanto, efetivação das metas pactuadas.

Com a contratualização de uma relação na administração pública, buscase o aumento de flexibilidade, desempenho, qualidade, eficiência, efetividade, transparência de custos e produtividade na execução de serviços por ela prestados à população. Por meio dos contratos, autonomias de gestão são concedidas à parte executora como contrapartida ao compromisso firmado de alcance de resultados (Cardoso, 2017), criando condições mais favorecidas para sua promoção.

A contratualização já era amplamente utilizada nos anos iniciais do corrente século pelos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Segundo dados da organização, até 2003 quase 80% de seus países membros utilizavam algum tipo de acordo de resultados, especificando metas (OECD, 2004). Essa utilização ocorre, principalmente, no envolvimento de atores privados ou de unidades descentralizadas para elaborar, gerir e implementar políticas públicas (OCDE, 2005). No contexto brasileiro, diferentemente da modalidade de convênio²

² Os convênios são contratos realizados quer entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sem que deles resulte criação de pessoas jurídicas, quer entre as sobreditas pessoas e entidades privadas, para a realização de objetivos de interesse comum (CONASS).

que já era amplamente utilizada na implementação de políticas públicas, como no Sistema Único de Saúde (SUS), a contratualização define funções e estabelece metas de desempenho e serviços a serem executados.

É importante destacar a diferença entre o fenômeno da contratualização e o instrumento contratual propriamente dito. Segundo Perdicaris (2012, p.33):

A contratualização pode ser entendida como um processo e uma estratégia, enquanto que o contrato é a ferramenta utilizada para formalização do processo contratual. O contrato em si é uma ferramenta que pode ter inúmeros contornos, conforme as necessidades do processo[...] A contratualização pode ser dividida em três etapas: negociação, construção do instrumento e gerenciamento.

A primeira parte, negociação, pode ser entendida como a intenção do órgão estatal em contratar a execução de determinadas atividades com outra organização. Para isso são necessárias a identificação dos indicadores de desempenho, a estipulação das metas e a definição do orçamento, refletindo as obrigações da parte a ser contratada.

Em segundo lugar, inicia-se a formalização dos itens negociados com a construção do instrumento, estabelecendo-se incentivos e punições, bem como instrumentos de prestações de contas do contrato. Logo em seguida, observa-se o gerenciamento, processo contínuo no qual o contratante assume a responsabilidade por todas as atividades de coordenação e supervisão das organizações sob contrato, monitorando e acompanhando os indicadores acordados e executando avaliações de desempenho.

Um dos principais fundamentos teóricos em que as reformas da NPM se baseavam e que será essencial para entender o modelo de contratualização de resultados é a Teoria Agente-Principal. A teoria trata da relação composta por dois atores, um deles denominado agente, que é o responsável pela execução de uma dada atividade, e outro de principal, que é o responsável pela delegação da autoridade ao agente no sentido de que este atue ou desenvolva uma dada atividade de seu interesse. O agente, portanto, é um prestador de serviço contratado pelo principal para realizar uma determinada ação ou tarefa que lhe interessa.

No argumento da teoria da agência, existiria uma assimetria de informações entre o principal e o agente, favorável a este último, o que lhe criaria

condições de agir de forma oportunista em relação ao principal, priorizando o atendimento do próprio interesse e não necessariamente o interesse do principal. Além disso, a teoria afirma que a adoção de conduta oportunista por parte do agente seria regra e não exceção.

Isso se dá pelo fato de ser o agente o único na relação que possui todas as informações disponíveis relacionadas a seu desempenho, favorecendo-o a agir de forma oportunista. Ademais, mesmo existindo a possibilidade teórica de o principal exercer total controle sobre as ações do agente, monitorando seu comportamento, isso representaria um custo que poderia revelar-se demasiadamente alto, o qual, no extremo, inviabilizaria a contratação do agente.

O oportunismo do agente se caracterizaria pela não aplicação de todo o esforço e recursos possíveis no atendimento do interesse do principal, já que um acréscimo dessas variáveis representaria uma possível perda ou desutilidade para aquele. Portanto, seria necessário que, para gerar uma compensação no relacionamento entre as partes, o principal estabelecesse um sistema que criasse motivações para o agente atuar de modo a atender seus interesses.

Uma das formas de lidar com o problema do oportunismo na relação agente-principal se dá através do contrato de gestão (CG), no qual são previstos mecanismos de incentivo e de repartições de risco. Esses mecanismos resolveriam ou atenuariam a questão de captura do principal por parte do agente, na qual, dispondo de informações a respeito de suas reais capacidades, assim como de possibilidade de executar atividades sem ciência do principal, a relação se torna desigual e nem sempre se atentando majoritariamente ao interesse do contratante. Assim, o contrato de gestão serviria de instrumento mediador da relação que garantiria a condução das ações para os objetivos do principal, oferecendo diversos incentivos e benefícios para tal e permitindo que o agente atue, ao mesmo tempo, em nome dos seus interesses particulares.

Além disso, o referido instrumento significa uma alternativa face às tradicionais relações verticais de hierarquia, que caracterizam o modelo burocrático weberiano. A formulação de contratos bilaterais pode se dar tanto entre atores do Estado, quanto entre este e a sociedade civil, seja na forma de iniciativa privada, seja enquanto Terceiro Setor.

A discussão acerca das potencialidades do Terceiro Setor (TS) existe desde os anos 1970 na literatura acadêmica ao redor do mundo. É reconhecido como sendo de importante relevância pela sua aptidão na mobilização de recursos humanos e materiais para suprir importantes demandas sociais que, frequentemente, o Estado não tem condições de atender de forma adequada. Pode ser conceituado como o setor intermediário entre o chamado Primeiro Setor, representado pelo Estado, e o Segundo Setor, representado pelo Mercado. No Terceiro Setor se inserem organizações de direito privado que não possuem a finalidade do lucro, e sim a do interesse público e promoção do bem estar social. Para Rothgiesser (2004, p. 2), “o terceiro setor consiste em cidadãos que participam de modo espontâneo e voluntário de ações que visam o interesse social. Isto vem mostrar algo em comum com o Estado que é o fato de ambos cumprirem com uma função eminentemente coletiva”

Ainda, Sabo Paes (2012) afirma que o Terceiro Setor possui potencial gerador de empregos em economias mais diversificadas e desenvolvidas que, usualmente, possuem maior parcela de gastos já voltados para áreas sociais. Ademais, é significativo o impacto desse setor para o exercício da cidadania e participação democrática. É importante enfatizar que a ideia por trás do envolvimento do Terceiro Setor na execução de atividades de interesse coletivo não é eximir o poder público de suas responsabilidades sociais, mas admitir que, através das parcerias com organizações que o integram, é possível alcançar melhores resultados para o desenvolvimento socioeconômico.

Um exemplo de atuação do Terceiro Setor na Saúde são as entidades filantrópicas como hospitais filantrópicos e Santas Casas, que tem um papel muito relevante na saúde pública do país. Segundo dados do começo de 2019 do Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (Fonif), 906 municípios do país são atendidos exclusivamente por um hospital filantrópico.

O tema a ser tratado nesse trabalho consiste, como já mencionado, na parcela da contratualização do setor público junto ao Terceiro Setor, mais especificamente, na área da saúde. Esse tipo de contratualização, quando ocorre, visa estabelecer uma relação de parceria entre Estado e sociedade civil organizada para a execução de atividades que, por sua essencialidade ou relevância para a coletividade, possam ser assumidas de forma compartilhada, observadas a eficácia,

a eficiência e a efetividade da ação pública. A entidade da sociedade civil organizada que importa ao trabalho é a OS.

Entretanto, existem críticas quanto ao modelo de atuação das OS da saúde, principalmente numa ótica em que entende a implementação do modelo consistindo em um efetivo processo de privatização da saúde, entendendo como parte do processo de desestruturação da proteção social em um contexto de reforço ao capital privado. Ainda, existem críticas quanto ao controle e monitoramento dos contratos, com alguns casos de desvios e mal-uso de recurso público. Essas críticas específicas ao modelo de OS na saúde serão mais bem abordadas no decorrer do trabalho.

A crítica direta ao modelo de controle atual das OSs tem como ponto principal a diretriz de estabelecer o controle apenas quanto aos resultados e metas alcançados. O exagerado foco apenas na realização de metas e no desempenho dos indicadores pré-acordados vem sendo repensado pela necessidade de se incorporar algum grau de controle dos meios que servem de instrumento para o alcance do bom desempenho, pois o controle reduzido, típico do modelo gerencial, traz o risco do aumento do patrimonialismo na Administração Pública brasileira (Vieira, 2016).

Desse modo, é necessário que os Contratos de Gestão sejam bem fiscalizados, com recompensas e punições previstas e efetivamente aplicadas, e que sejam instituídos mecanismos de divulgação de informações. Além disso, o monitoramento e a mensuração dos esforços das Organizações Sociais e dos seus resultados por parte do Poder Público precisam levar em conta que a manipulação de informações e acordo de metas de desempenho conservadoras serão sempre um risco que deve ser considerado

3.3 Organizações Sociais da Saúde no Brasil

A partir da iniciativa reformista do governo federal consubstanciada no Reforma do Estado e do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) em 1995, a saúde foi enquadrada como uma área não-exclusiva de atuação estatal, que deveria passar pelo processo chamado de publicização. Nesse processo, entidades do Terceiro Setor passariam a ser responsáveis pela gestão e execução de políticas públicas elaboradas pelo núcleo estratégico do governo.

Para tanto, como discutido anteriormente, o instrumento a ser utilizado seria o Contrato de Gestão para intermediar a relação do governo com as entidades não governamentais. Tendo em vista a publicização, foi proposta a criação das OS, qualificação que seria dada às entidades do Terceiro Setor que se adequassem conforme a lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

A qualificação como OS é o processo onde a Administração outorga um título a uma entidade privada, sem fins lucrativos, para que ela possa receber determinados benefícios do Poder Público (dotações orçamentárias, isenções fiscais etc.), para a realização de seus fins, que devem ser necessariamente de interesse da comunidade. As entidades sem fins lucrativos qualificadas como OS e selecionadas para celebração de contrato de gestão poderão assumir a gestão e execução de atividades e serviços de interesse público relativos às áreas

No que diz respeito à área da saúde, os contratos de gestão se prestariam, na lógica do PDRAE, a alinhar a demanda e expectativa da população por serviços eficientes e de qualidade, supondo um processo bem definido de gestão e controle de política pública. Segundo Ditterich, Moysés e Moysés (2012, p.617):

O contrato de gestão nos serviços de saúde tem como finalidades: estimular a descentralização da gestão; dar mais responsabilidade aos gestores e equipes locais; controlar os desempenhos quantitativo e qualitativo dos prestadores; ajudar no planejamento local, estimular a utilização de ferramentas e tecnologias de informação; melhorar a gestão da clínica, gestão da patologia e a gestão do caso; focalizar as necessidades em saúde da população do território sob sua responsabilidade (no caso da atenção primária); buscar o envolvimento e compromisso de toda a equipe na busca de resultados, estimular a cultura de negociação; proporcionar mais transparência junto ao controle social

As OSs são uma tentativa de importar o modelo de contratualização britânico, implantado no governo Thatcher, que ocorre por meio das agências executivas, também implementado na área da saúde, como visto na subseção anterior. Tratava-se de uma tentativa de dar maior autonomia à gestão dos serviços médico-hospitalares, instituindo um modelo guiado por forte controle dos resultados e indicadores de qualidade e eficiência dos serviços.

Com a reforma, os hospitais públicos tinham a opção de se tornar fundações autônomas e independentes do NHS – os *trusts*. Os hospitais que assumissem essa condição não seriam mais financiados pelas Autoridades Distritais Sanitárias com base em orçamentos

anuais, mas ofereceriam seus serviços ao mercado, competindo com os hospitais privados. De acordo com a WHO (1997), quase todos os 430 hospitais tornaram-se trusts. Eles estavam autorizados a contrair empréstimos, mas dentro de limites pré-definidos. Em contrapartida, ficavam obrigados a estabelecer um processo de auditoria médica, e a qualidade dos serviços passaria a ser monitorada regularmente, assim como o dispêndio de recursos. Ao mesmo tempo, tinham que se guiar por padrões de preços estabelecidos centralmente (TANAKA, 2007, p. 10-11).

Como supracitado, o marco legal das OSs no Brasil data de 1998. Entretanto, a despeito do potencial das ideias trazidas, o contexto político e econômico do país influenciou diretamente no processo de implementação do modelo contratualista proposto.

O país havia acabado de superar os efeitos causados por uma série de reformas controversas realizadas no governo Collor e, mesmo com a retomada econômica ocorrendo de forma gradual, a descrença na capacidade do governo ainda era latente. Além disso, o consenso não existia nem mesmo dentro do próprio governo, então sob a gestão de Fernando Henrique Cardoso. Era notória a preocupação e prioridade dada pelo governo ao ajuste fiscal e, na visão da equipe econômica, a flexibilização da gestão pública e a delegação de funções que continuariam a ser financiadas pelo Estado poderiam prejudicar as metas fiscalistas (Abrucio e Sano, 2008).

Com isso, a execução da proposta na sua totalidade ficou comprometida. As agências executivas, por exemplo, nunca saíram do plano teórico e as OSs sofreram grande rejeição, tendo uma ínfima implementação na esfera federal do governo. Todavia, no âmbito subnacional, as OSs encontraram melhor cenário e tiveram relativa expansão na área da saúde, inclusive em governos de matiz partidário diferente do dominante no plano nacional (Abrucio e Sano, 2008). Um dos estados onde encontrou campo mais fértil para sua implementação foi o estado de São Paulo, como será discutido na próxima subseção.

Esse cenário mais receptivo às proposições do PDRAE na esfera subnacional de governo, deve-se, entre outros fatores, a disseminação da reforma impulsionada pelo então ministro Bresser-Pereira que incentivava os governos estaduais a aderirem às suas iniciativas reformistas, dentre elas a implantação das OS. Contribuiu ainda, para a adesão, a existência de governos estaduais do mesmo

partido que o governo federal em exercício, como o caso de São Paulo, à época governado por Mario Covas.

É importante salientar que novos formatos organizacionais surgem como uma alternativa para transformar a realidade do SUS no Brasil. Sendo a descentralização um dos norteadores da política nacional de saúde, o arranjo político-administrativo adotado implica na atribuição ao governo federal do papel de coordenação, de cofinanciamento e a responsabilidade dos governos estaduais e municipais pela implementação das atividades de atendimento à população. Essa descentralização exige uma capacidade de coordenação e gestão que nem sempre estão presentes nas esferas subnacionais de governo, especialmente as locais. Ainda que traga vantagens como a proximidade dos cidadãos, o alinhamento da política de saúde de acordo com as necessidades encontradas localmente e, ainda que em teoria, uma melhor prestação de contas (Perdicaris, 2012), tais vantagens supõem a existência de capacidade de execução, que se revela muito desigual na realidade dos governos subnacionais.

Assim, através da proposta de introdução de instrumentos de gestão por resultados, oferta de maior autonomia aos hospitais e melhorias nas áreas de recursos humanos, contratação e financiamento, as Organizações Sociais da Saúde (OSS) constituiriam uma saída para o problema execução e implementação das atividades possibilitariam a execução do princípio da descentralização.

Alguns estudos buscaram comparar os resultados trazidos pela adoção do modelo de OS na saúde colocando em contraste os indicadores dos hospitais geridos por este tipo de organização e pela Administração Direta (AD) dos estados. Dentre eles, inclui-se uma pesquisa elaborada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 2006. Denominada Estudo Comparativo do Desempenho de Hospitais em Regime de Organização Social, tal pesquisa, realizada por Nilson do Rosário Costa e José Mendes Ribeiro, teve o financiamento do Banco Mundial e foi divulgada em 2004. Nela, são comparados os resultados de 12 hospitais administrados por OSSs com 10 da administração direta, em hospitais com mais de 100 leitos. A pesquisa mostrou que os hospitais sob a responsabilidade da AD apresentavam menor padronização de processos e de procedimentos médicos, levando a uma menor eficiência e um maior custo.

Ainda, a pesquisa mostra que os hospitais administrados por OSSs possuem um desempenho superior em indicadores de eficiência alocativa – intervalo de substituição, taxa de ocupação de leitos e tempo médio de permanência – quando comparados a hospitais sob responsabilidade da Administração Direta, conforme informações do Quadro 1.

Quadro 1 - Comparativo de Indicadores de Eficiência Alocativa entre Hospitais administrados por OSS e AD

Indicadores de Eficiência Alocativa	Descrição	AD	OSS
intervalo de substituição	Tempo médio decorrido em dias (ou horas) entre a saída de um paciente e a admissão de outro	3,9 dias	28,4 horas
taxa de ocupação de leitos	% tempo em que o leito encontra-se alocado para um paciente	63,2%	80,5%
tempo médio de permanência	Tempo médio (em dias) que um paciente permanece na instituição	5,9 dias	4,8 dias

Fonte: (CONASS, Progestores, 2006).

Além disso, indicadores de qualidade - como índices de mortalidade – também apresentaram diferenças relevantes, sendo parcialmente mais baixos em hospitais geridos por OSS, conforme informações do Quadro 2

Quadro 2 - Comparativo de Índices de Mortalidade entre Hospitais administrados por OSS e AD

Variáveis de Qualidade	Média nas OSS	Média na AD	Coefficiente de Variação - OSS	Coefficiente de Variação - AD
Mortalidade Geral	3,8	5,3	34%	80%
Mortalidade Cirúrgica	2,61	3,6	22%	37%
Mortalidade Clínica Médica	11,64	11,96	13,5%	9,3%
Mortalidade Clínica Pediátrica	2,80	2,63	31%	45%

Fonte: (CONASS, Progestores, 2006).

Alguns desses bons resultados obtidos por hospitais administrados por OSSs foram encontrados nos estados de São Paulo (18 unidades analisadas) e Santa

Catarina (cinco unidades analisadas). Ambos os estados foram importante referência citadas por gestores chaves do processo de contratualização da FHEMIG no governo de mineiro. A seguir, são brevemente descritas suas respectivas experiências com OSSs, na área da saúde.

3.3.1 A experiência com OSS no estado de São Paulo

Esta seção tem o objetivo de discorrer sobre a experiência do estado de São Paulo no tocante à implantação das OSSs, que teve seu marco inicial com a legislação estadual de 1998, culminando com a adoção do Contrato Programa uma década mais tarde. Para isso, são descritos o contexto da adoção do modelo contratualista, bem como seus resultados.

São Paulo se tornou uma das primeiras unidades da federação a se inspirar na lei federal das OSs, com isso, tornou-se também uma das experiências setoriais mais documentadas. A adoção se deu a partir da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, onde as organizações das áreas da saúde que atendessem aos requisitos da lei poderiam pleitear qualificação como organizações sociais, assinando um contrato de gestão com o Estado. Para tanto, a referida lei exigia uma série de requisitos, como atuar na área da saúde por mais de cinco anos e ser pessoa jurídica de direito privado e sem fins lucrativos.

Sobre os indicadores contratados, seriam firmados em conjunto com a OSS, a partir de estudos realizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES). Caso as metas definidas fossem atingidas, as OSSs receberiam uma bonificação de 100% de seu orçamento. Caso contrário, seria repassado 90% do orçamento previsto para o atendimento contratado.

No tocante ao monitoramento e avaliação do contrato, foram criadas comissões com a atribuição de analisar os resultados obtidos com a execução dos serviços. Essas comissões são compostas por representantes do Conselho Estadual da Saúde e da Comissão de Saúde e Higiene da Assembleia Legislativa, além de profissionais especializados indicados pela SES. Concomitantemente, a SES dispõe de órgão especializado no monitoramento de seus contratos na área, a Coordenadoria

de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS), que acompanha detalhadamente todos os relatórios emitidos pela OSS.

Já nos primeiros anos de vigência, o estado concedeu qualificação para diversas OSSs atuarem, ainda que a legislação tenha sido mais restritiva, comparada a legislação federal, em relação a esse processo (Abrucio e Sano, 2008). O Quadro 3 traz a relação dessas organizações, cabendo ressaltar que algumas OSs são responsáveis pela administração de dois hospitais, e, em tais casos, a data na parte inferior do campo “Data de qualificação” indica o início das atividades do segundo hospital.

Quadro 3 - Organizações sociais de saúde qualificadas em São Paulo

#	ORGANIZAÇÃO SOCIAL	DATA DE QUALIFICAÇÃO	UNIDADE	
1.	Serviço Social da Indústria da Construção Civil e do Mobiliário de SP (Secconci)	23.10.1998	1. H Itapeverica da Serra	
			2. H. Vila Alpina	
2.	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (Unifesp)	21.10.1998	3. H. Pirajuçara	
			4. H. Diadema	
3.	Associação Congregação de Santa Catarina	26.6.1998	5. H. Pedreira	
			20.10.1998	6. H. Itapevi*
				7. Centro Ref. Idoso
4.	Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina	26.6.1998	8. H. Itaim Paulista	
			16.12.1999	9. H. Itaquaquecetuba
5.	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	16.12.1999	10. H. Guarulhos	
				11. Amb. Especialidades
6.	Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde	20.10.1998	12. H. Carapicuíba	
7.	Organização Santamarense de Educação e Cultura (OSEC)	23.10.1998	13. H. Grajaú	
		2004	14. H. Francisco Morato	
8.	Fundação ABC	17.8.2001	15. H. Santo André	
9.	Sociedade Assistencial Bandeirantes		16. Centro Est. Análises Clínicas	

* A gestão do Hospital Geral de Itapevi passou da Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde para a Associação Congregação de Santa Catarina em dezembro de 2005.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do estado de São Paulo

A intensa adoção do modelo já nos anos iniciais da legislação pode ser vinculada ao contexto financeiro vivido pelo estado paulista no governo Mario Covas, que buscava alternativas para atender aos dispositivos Lei de Responsabilidade Fiscal³(LRF), devido aos elevados gastos com o pagamento da folha de pessoal.

³ Nos Estados, os limites máximos para gastos com pessoal, de acordo com a LRF, são de 60% da Receita Corrente Líquida. Sendo 3% para o Poder Legislativo, incluindo o Tribunal de Contas; 6%

Como não poderia aumentar mais seus gastos com pessoal por conta da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), o então governador optou por transformar os novos hospitais em OS, porque se o fizesse pela via da administração direta estaria batendo de frente com a nova ordem financeira estabelecida pela União. Cabe ressaltar que a forma como foi feita a opção por flexibilizar a gestão nesse caso da Saúde pode eventualmente gerar apenas uma válvula de escape para as contas públicas, quando a transformação do modelo de gestão deveria ser uma solução mais profunda e de longo prazo. (Abrucio e Sano, 2008, p.72)

O menor gasto com OSS se deveu à, principalmente, dois fatores: o primeiro relacionado a gestão de pessoal e o segundo relacionado a flexibilização das compras. Sobre o segundo, citando novamente Abrucio e Sano (2008, p.73):

A maior autonomia para contratação, promoção e demissão permite aos dirigentes das OS selecionar melhor os funcionários, segundo habilidades efetivamente requeridas pelos objetivos organizacionais. A flexibilidade derivada da contratação pela CLT, e não pelo Regime Jurídico Único, também possibilita demitir com maior facilidade aqueles que não cumprem os objetivos organizacionais. Na administração direta, só podem ser dispensados os que cometem falta muito grave, de modo que a permanência e mesmo a progressão no serviço público têm pouca relação com o desempenho de cada servidor

Assim, com as OSS é possível obter um melhor controle na gestão dos recursos humanos no tocante ao custo da folha salarial e à qualificação de pessoal, uma vez que o concurso público, ainda que se configure como um método impessoal importante, não necessariamente é a melhor forma de avaliar o perfil de um candidato para uma vaga em um contexto como de um hospital, além de engessar a possibilidade de contar com uma folha salarial menor quando o cenário da organização requerer (seja por ineficiência, seja pelo número de funcionários se mostrar alto demais em algum período).

Sobre a flexibilização das compras, Perdicaris (2012) observa que uma diferença fundamental observada entre os hospitais sob responsabilidade da AD e os geridos por OSSs em São Paulo é a maior autonomia para executar compras simples: para as OSS há maior liberdade de compras, não é necessário seguir os dispositivos

para o Poder Judiciário; 2% para o Ministério Público e 49% para as demais despesas de pessoal do Executivo.

da lei de licitação⁴. Por conta das dificuldades burocráticas no processamento de compra de bens e serviços, muitas vezes os hospitais sob responsabilidade da AD fazem estoque para oito meses, enquanto que em um hospital de OSS o giro do estoque é de 15 dias. Isso é feito com uma estimativa da necessidade futura que é, por vezes, imprecisa e gera custos mais elevados de operação.

Em 2008, a SES introduziu um instrumento ligeiramente diferente do Contrato de Gestão, denominado Contrato Programa (CP), motivado em parte pelos resultados positivos conseguidos pelos CGs junto às OSS. Eles ainda guardavam muitas semelhanças entre si, como estabelecimento de metas para o hospital. No CP, essas metas são acompanhadas pela CGCSS e o hospital recebe uma bonificação de 1% do orçamento, caso atinja a meta estabelecida. Entretanto, algumas características divergem entre os dois instrumentos, como por exemplo o fato de no CP não serem previstos mecanismos de punição, a prestação de contas se dar também em reuniões de acompanhamento e não apenas em relatórios, entre outros.

Importante salientar que o CP partiu de uma estratégia interna da CGCSS. Não se trata de algo imposto aos hospitais, e sim um projeto de adesão voluntária, com um conjunto de iniciativas que visam melhoria contínua dos processos das unidades hospitalares. Essa melhoria se daria através de um aprimoramento da gestão dos hospitais, treinamento dos diretores e da equipe das unidades para melhorar a efetividade, e o incentivo a trabalhar com indicadores e avaliar resultados alcançados (Perdicaris, 2012).

Outra importante mudança trazida com o advento do CP foi a modificação na base de informação dos hospitais. Os hospitais que aderiram ao CP tiveram sistemas de informação preparados para o monitoramento contínuo de indicadores e conseguiram tornar suas bases de dados bem mais robustas em relação a quantidade de informação. A mudança foi essencial para que as informações se tornassem mais confiáveis e com conceitos claros e compartilhados entre as diferentes instituições (Mais Gestão, 2016).

⁴ O artigo 24, inciso XXIV da Lei 8.666/93 diz que é dispensável a licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão.

Ainda sobre o CP, as reuniões de acompanhamento foram muito úteis para apresentar os resultados do período, justificar um eventual desvio e negociar as metas para o próximo período. Além disso, foram essenciais para manter a motivação dos gestores dos hospitais administrados por OSSs e a busca pela melhoria contínua (Perdicaris, 2012).

Enfatiza-se que as reuniões eram feitas de formas individualizadas, de forma a manter um clima de colaboração e não competitividade entre as unidades. Ainda que ocorressem reuniões de trabalho entre diferentes unidades, não era esse o padrão e, mesmo que os hospitais fossem semelhantes, nunca eram comparados.

De modo geral, pode-se dizer que o CP atuava com base em três fases:

1. A primeira fase é a de preparo da instituição, de levantamento da produção básica e aferição da informação, onde as metas são calculadas a partir da série histórica. As reuniões de acompanhamento são feitas mensalmente, de modo a alinhar com a equipe gestora do hospital a importância de se produzir informações consistentes e de forma sistemática.
2. A segunda fase é a de execução do programa, com a entrega de produção adicional em relação à observada nos dados históricos. Onde o fim a ser alcançado seria a produtividade máxima da capacidade da instituição. Nessa fase são incluídos os indicadores de qualidade e humanização e as reuniões passam a ser trimestrais.
3. A terceira fase, idealmente, é a de manutenção do nível de desempenho, uma vez atingida o valor máximo de produtividade no atendimento da unidade. Assim, a boa execução da 2ª fase é pré-requisito para que o hospital esteja aqui. Os indicadores de produtividade são apenas acompanhados e os indicadores de qualidade são enfatizados. São mantidas as reuniões trimestrais (Mais Gestão, 2016).

O Quadro 4 traz informações acerca dos indicadores supracitados.

Quadro 4 - Índices acompanhados pelo Contrato Programa

Índices de Produção	
Produzir um número de saídas hospitalares não inferior à	anual: 18.600 / trim: 4.650 / mensal: 1.550
Número de Cirurgias	1º trim: 443 / 2º, 3º e 4º trim: 481
Número de Cirurgias Ambulatoriais	anual: 2.724 / trim: 681 / mensal: 227
Número de Partos	anual: 2.160 / trim: 540 / mensal: 180
Número de Atendimento Ambulatorial	anual: 137.364 / trim: 34.341 / mensal: 11.447
Produzir um número de SADT externo	anual: 17.520 / trim: 4.380 / mensal: 1.460
Atendimentos de urg/emerg	anual: 348.588 / trim: 87.147 / mensal: 29.049
Índices de Produtividade	
Manter a Média de Permanência (dias)	não superior a 6,6 dias
Manter a relação consultas médicas subsequentes/ primeiras consultas	em 2,5.
Consulta / Sala / Dia Útil	não inferior a 19.
Cirurgia / Sala / Dias do mês	não inferior a 1,72.
Índices de Qualidade	
Manter a Taxa de Mortalidade Institucional	não superior a 6,21%
Manter a Taxa de Cesárea	inferior a 34,4%
Manter a percentagem de respostas ao atendimento das queixas	não inferior a 75 %

Fonte: Perdicaris (2012, p.66)

De acordo com Perdicaris (2012), em todas as fases de implantação do CP existe a preocupação de tornar o processo um incentivo de melhora e modernização para a gestão hospitalar, evitando-se constranger e desmotivar a unidade de maneira que ela atue para a consecução das metas a qualquer custo e o CP se torne um instrumento nocivo. Esse conceito denomina-se, *gaming*⁵.

Também de acordo com Perdicaris (2012), para que esse processo de *gaming* não ocorra, outra ação importante é a negociação das metas de forma bilateral e consensual. Dessa forma, é possível respeitar que cada hospital vive uma realidade diferente e um contexto único. Caso ocorra alguma mudança significativa no decorrer

⁵ Conhecendo as "regras do jogo" da mensuração de resultados, os gestores podem manipular deliberadamente seu próprio comportamento para garantir uma vantagem estratégica

do processo, como a perda de equipes de médicos ou mesmo a quebra de equipamentos, pede-se relatórios adicionais e fazem-se aditivos de contratos.

Após alguns anos de vigência dos CPs no estado de São Paulo, é possível mensurar alguns dos resultados trazidos pelo processo de contratualização. O Quadro 5 traz a variação de importantes indicadores, comparando grupos de hospitais com e sem contratos, no período de 2007 a 2011, conforme análise realizada por Perdicaris (2012)

Quadro 5 - Variação de desempenho nos grupos com e sem contrato

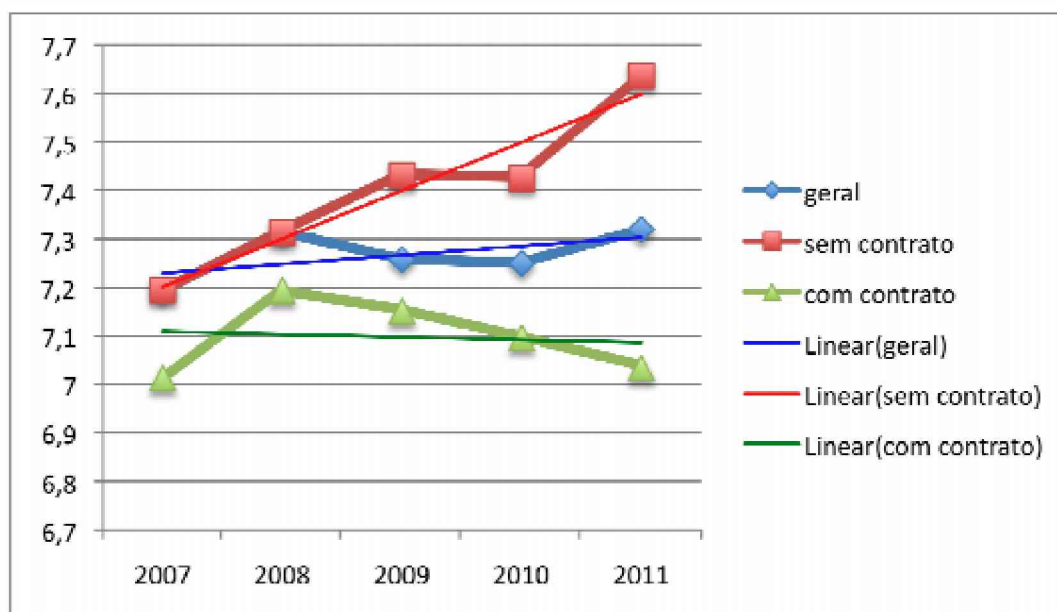
Indicador	Sem Contrato	Com Contrato	Sentido
Satisfação	6.13%	1.16%	↑
Taxa de ocupação mensal média	-7.91%	1.10%	↕
Tempo médio de permanência	-1.18%	-10.65%	↓
Pacientes/dia	-16.51%	-0.27%	↑
Taxa de rotatividade	-19.45%	11.27%	↕
Taxa de mortalidade	-0.17%	-9.10%	↓

Fonte: Perdicaris (2012, p.79)

Cabe avaliar que, com exceção da variável satisfação, todas as outras contaram com uma maior variação nos hospitais contratualizados. A maior variação está relacionada à taxa de rotatividade, correspondendo a uma variação positiva de aproximadamente 11% nos hospitais contratualizados e uma queda de quase 20% nos hospitais sem contrato. Ainda, os hospitais com contrato obtiveram uma queda de 9,1% da taxa de mortalidade, enquanto os hospitais sem contrato tiveram pouca variação.

Sobre a variável satisfação, a Figura 2 traz seu comportamento na série histórica discutida por Perdicaris (2012)

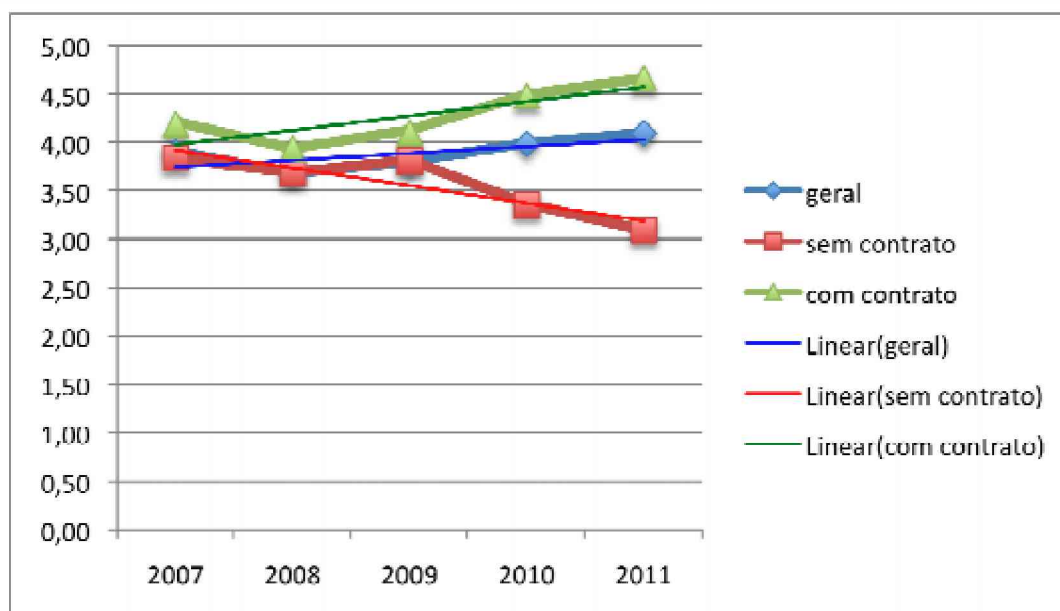
Figura 2 - Comportamento da satisfação mensal entre 2007 e 2011



Fonte: Perdicaris (2012, p.85)

A tendência de crescimento do grupo sem contrato é facilmente observável, enquanto a estagnação parece ser a tendência dos hospitais contratualizados. Contudo, a diferença entre as variáveis não é tão elevada.

Figura 3 - Comportamento da taxa de rotatividade entre 2007 e 2011



Fonte: Perdicaris (2012, p.83)

Sobre a variável que apresentou maior discrepância na sua variação entre os dois grupos, a taxa de rotatividade, a partir da Figura 3 acima é possível perceber

que existe uma tendência de separação significativa que coincide com o período de adesão ao CP.

Por fim, é possível considerar que a implantação do CP e da contratualização em hospitais no estado de São Paulo é satisfatória, mas isso se deve a três fatores que nem sempre estão presentes em experiências de contratualização ao longo do país (Abrucio e Sano, 2008).

O primeiro diz respeito à flexibilização administrativa, que favorece a gestão de RH e de compras, por exemplo. O segundo, o bom uso do contrato como ferramenta de pactuação de metas, permitindo um bom planejamento, execução e avaliação dos resultados. Por último, o modelo de repasse a entes públicos não estatais, bem sucedido no estado por conta da existência de um núcleo burocrático estratégico na Secretaria de Estado da Saúde, capaz de regular, monitorar, avaliar e, eventualmente, alterar o rumo do processo de contratualização.

Ainda, existe uma consolidação do núcleo estratégico de governo como entidade responsável pelo planejamento e execução das ações de saúde junto ao ente descentralizado.

O vínculo entre os hospitais e a CSS aumenta, na medida em que se reúnem periodicamente para debater os resultados obtidos e negociar metas para o próximo período e a CSS passa a ser um órgão normatizador, difundindo o modelo de gestão por resultados nos diversos hospitais da Administração Direta (Perdicaris, 2012, p.99).

Importante enfatizar que os recursos repassados para o hospital que são utilizados para premiar funcionários são sempre feitos de forma indireta, como investimento em infraestrutura, de forma que beneficie a todos e funcione como uma possibilidade de premiar e reconhecer desempenho alcançado, o que mobiliza e contribui para melhores resultados.

Todavia, um aspecto a melhorar na rede paulista, citado pelos trabalhos que serviram de referência para esse estudo - Perdicaris (2012); e Abrucio e Sano (2008) - é a ausência de mecanismo ou ferramenta que possibilite a troca de experiências e aprendizados entre os hospitais e não só entre uma unidade e a CGCSS. Boas ideias podem ser transferidas e inspirar outros hospitais.

Na sequência, é descrita a experiência com contratualização na área da saúde de outro estado que serve de referência para os gestores em Minas Gerais, o estado de Santa Catarina.

3.3.2 A experiência com OSS no estado de Santa Catarina

A prestação de serviços públicos pela sociedade civil organizada em Santa Catarina teve seu marco inicial com a elaboração da Lei nº 12.929/2004, que instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais. Com a legislação, diversas atividades foram descentralizadas como a assistência social, o ensino, a pesquisa científica, o esporte e a saúde.

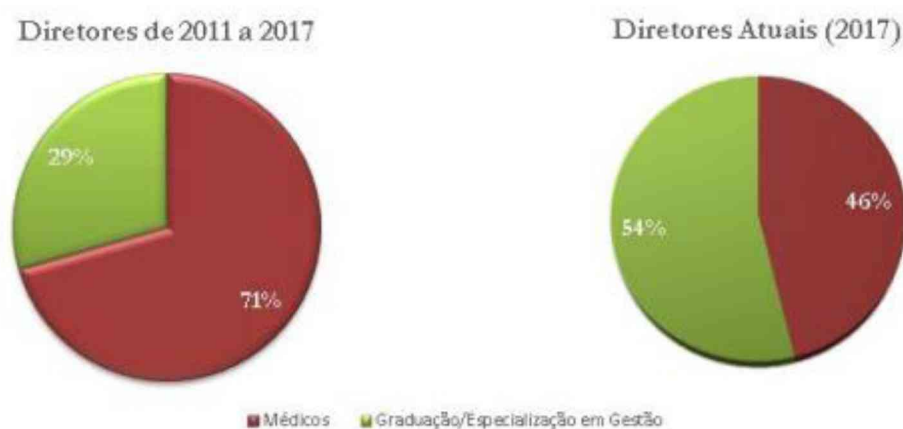
Com relação à saúde, embora a utilização de OSSs no estado ainda ocorra de forma pouco expressiva, se comparada com São Paulo, o modelo catarinense é considerado promissor: dos 18 hospitais estaduais, cinco são geridos por OSS (TCE - SC, 2017).

Nos hospitais contratualizados de Santa Catarina, o monitoramento é feito, assim como em São Paulo, por uma Comissão especializada, que no caso catarinense recebe o nome de Comissão de Avaliação e Fiscalização (CAF). Essa comissão é responsável por analisar, trimestralmente, se as metas e resultados obtidos pelas OSSs estão de acordo com o contrato.

Ainda, sobre a composição de membros da CAF, ela conta com membros de secretarias estaduais como da saúde, de planejamento e de desenvolvimento regional, bem como representantes da própria OSS e, em casos fora da capital, de representantes da administração municipal.

Uma particularidade da legislação catarinense diz respeito ao decreto 04/2015 que dispõe sobre as normas de funcionamento do Plano de Gestão da Saúde (PGS). Esse decreto estabelece, nos seus artigos 41 e 42, que os diretores das unidades hospitalares de gestão própria do Estado possuam conclusão de curso de graduação ou pós-graduação *latu sensu* ou *stricto sensu* na área de gestão e que seja, preferencialmente, com foco em Gestão Hospitalar. Ao longo dos anos, essa decisão afetou a composição do quadro de gestores hospitalares do estado, como ilustra a Figura 4

Figura 4 - Percentual de diretores dos hospitais de gestão estadual própria que atendem ao critério estabelecido pelo Decreto 04/2015.

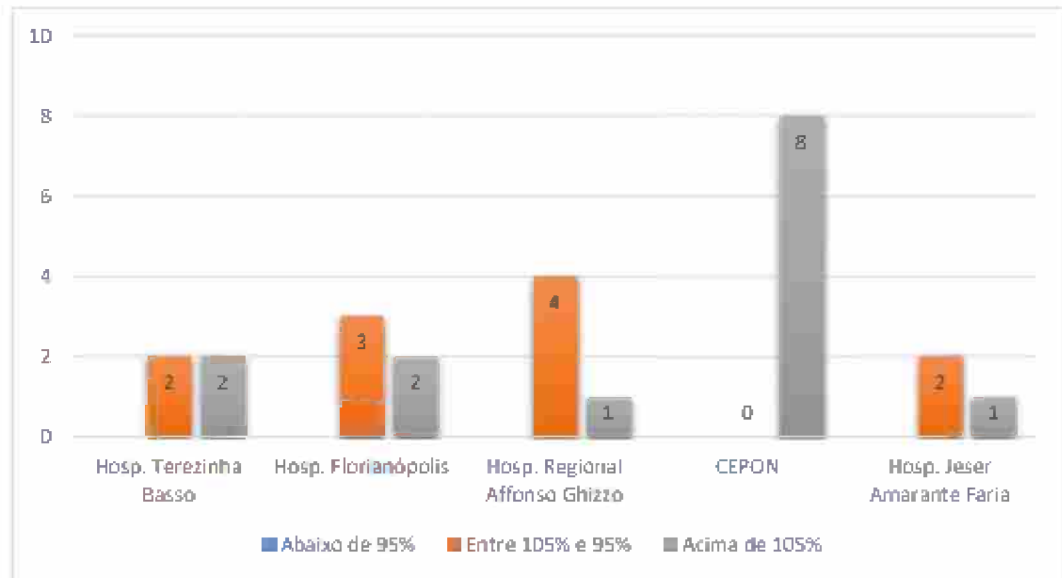


Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, 2017.

De acordo com TCE-SC, a decisão de exigir conhecimento específico em gestão hospitalar foi acertada, uma vez que ter a mais alta direção ocupada por um profissional da saúde pode levar a decisões corporativistas, como por exemplo o diretor ao invés de tomar decisão em prol da sociedade, atue de modo a favorecer a classe profissional a qual ele representa, semelhantemente ao trabalho executado por um sindicato. Essa regulamentação em específico, juntamente ao trabalho de fiscalização rígido das metas e indicadores, levou esse fenômeno da “captura” por parte de uma categoria ser menos recorrente no estado.

Outro ponto de destaque no modelo catarinense é o alcance das metas com um resultado bastante satisfatório (TCE – SC, 2017). Entretanto, um problema identificado pelo próprio Tribunal de Contas estadual foi a não padronização dos CGs, que pode criar obstáculos para a fiscalização dessas metas futuramente. A Figura 5 apresenta a situação do alcance das metas para os principais hospitais contratualizados do estado.

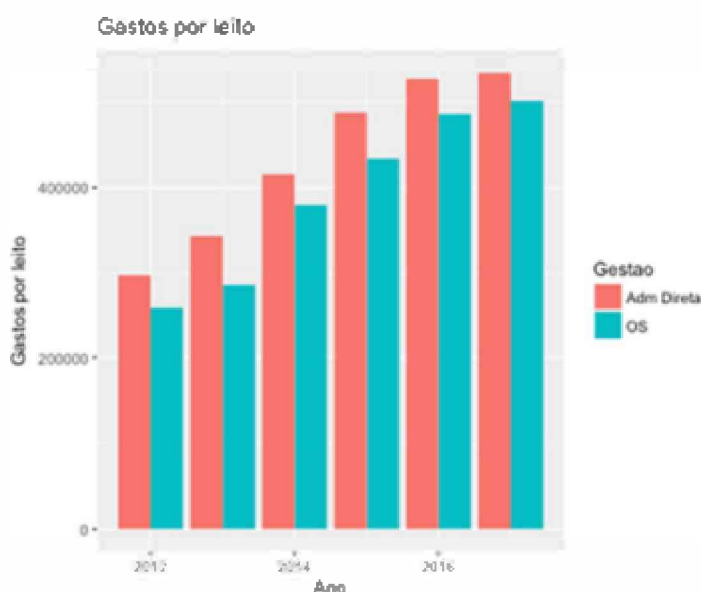
Figura 5 - Desempenho das Metas de Atendimento por Hospital, no ano de 2015



Fonte: Secretaria de Estado do Planejamento de Santa Catarina (2017) – Relatório Anual de 2015

A seguir, são apresentados resultados comparativos, levantados pelo TCE - SC, entre hospitais geridos pela AD e hospitais geridos por OSSs. São dados relativos aos gastos e a capacidade de atendimento, conforme Figura 6

Figura 6 - Comparação entre valores médios de gastos por leito por modelo de gestão, de 2012 a 2017

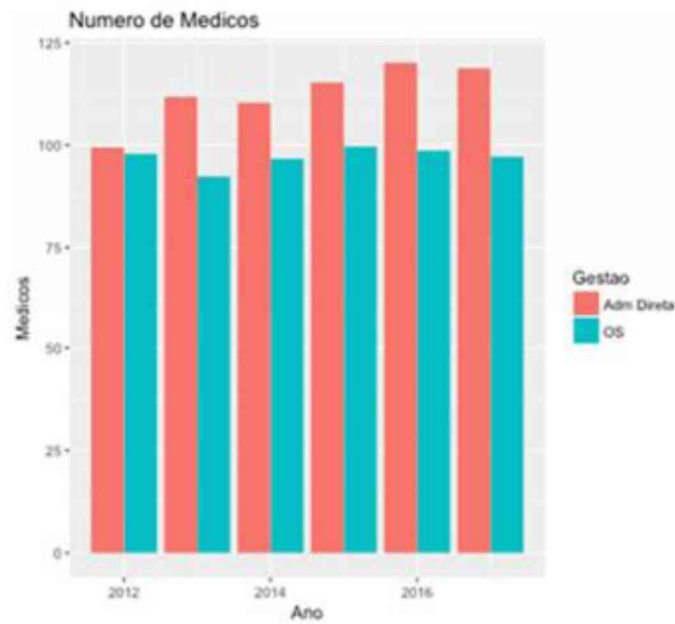


Fonte: Dados da SES - SC e CNES. Elaboração: TCE – SC, 2017.

A Figura 6 permite observar uma diferença significativa entre hospitais geridos pela AD e por OSSs no tocante a gastos por leito, ilustrando o argumento de que hospitais contratualizados possuem, em geral, maior eficiência com relação aos gastos.

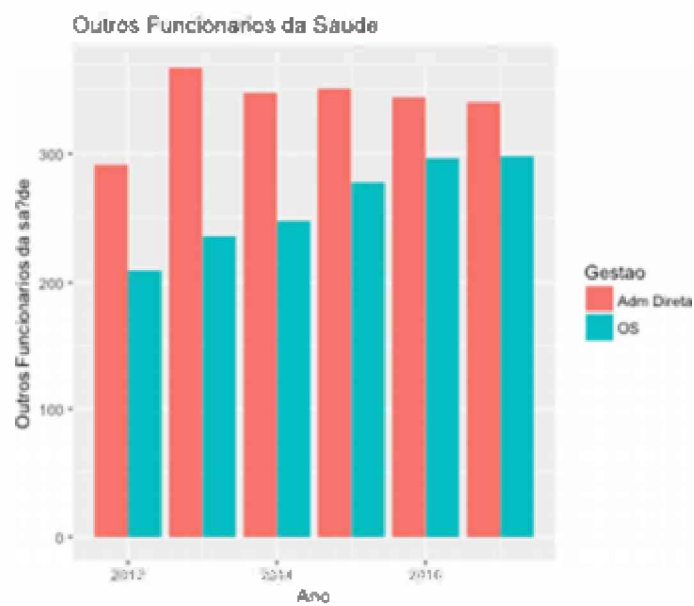
Sobre as figuras 7 e 8 abaixo, ainda que exista uma maior flexibilidade para o departamento de pessoal para contratações e demissões e isso, inicialmente, reflita num corpo de funcionários menos dilatado, é possível visualizar uma tendência de crescimento gradual do corpo de funcionários das OSSs, enquanto que em hospitais sob responsabilidade da AD, ainda que parta de um ponto significativamente alto, observa-se uma tendência de queda leve após 2013. De toda forma, hospitais contratualizados mantiveram, em toda série temporal, um corpo menor de funcionários e apresentaram resultados satisfatórios tendo em vista o cumprimento das metas, conforme visto anteriormente.

Figura 7 - Quantidade média do número de médicos, por modelo de gestão, de 2012 a 2017



Fonte: Dados da SES - SC e CNES. Elaboração: TCE – SC, 2017.

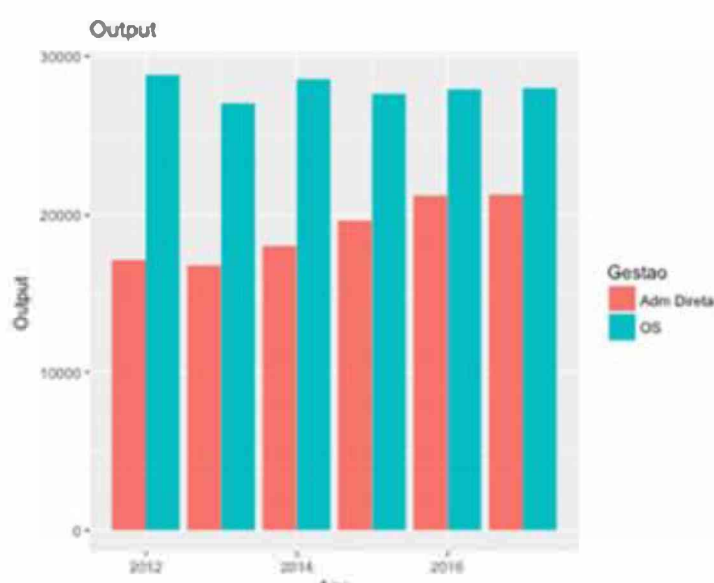
Figura 8 - Quantidade de outros funcionários da saúde, por modelo de gestão, de 2012 a 2017



Fonte: Dados da SES - SC e CNES. Elaboração: TCE – SC, 2017.

A figura 9 a seguir evidencia outra comparação importante, entre os valores médios de produção hospitalar. Para mensurar a produção os pesquisadores se valeram de cinco itens: exames realizados, atendimento ambulatorial, registros na emergência, internações e cirurgias. O gráfico mostra que a produção média das OSS é bastante elevada em contraste com os hospitais AD, ainda que a diferença tenha reduzido nos últimos anos.

Figura 9 - Comparação entre os valores médios de produção hospitalar por modelo de gestão, de 2012 a 2017



Fonte: Dados da SES - SC e CNES. Elaboração: TCE – SC, 2017.

Contudo, ainda que tenha bons resultados no âmbito da eficiência e economicidade, é importante salientar que o modelo catarinense sofre algumas críticas por parte do TCE, como por exemplo a necessidade de se rever metas em um período menor do que o avaliado atualmente. Para tanto, reforça-se mais uma vez, a importância de órgãos de controle em qualquer contexto onde se aplique contratualização com o Estado, o bom desempenho do modelo de OS só é possível com transparência e fiscalização rigorosa.

Embora os hospitais geridos por OSS tenham se mostrado superiores no que tange à eficiência do gasto público, observou-se que aspectos gerenciais também importam muito na qualidade do gasto, como foi evidenciado por alguns hospitais da administração direta com altos escores de eficiência. O que é mais relevante é uma forte, contínua e autêntica fiscalização dos hospitais com clara definição de funções e

responsabilidades, e de modo que as ações necessárias para cumprir obrigações sejam claramente compreendidas. A confiabilidade e auditoria dos dados emitidos pelos hospitais, e um claro alinhamento das expectativas de desempenho, tornam mais fácil de identificar e corrigir deficiências (TCE – SC, 2017, p.105).

Por fim, após a apresentação das experiências dos dois estados que servem de referência para implantação do modelo em Minas Gerais, o próximo capítulo se dedicará a apresentar a trajetória da estratégia de contratualização no estado mineiro e os desafios que se colocam para sua introdução na área da saúde.

4 A TRAJETÓRIA DO MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM MINAS GERAIS

MINAS GERAIS

Este capítulo tem como objetivo abordar a trajetória do modelo de contratualização junto ao terceiro setor no estado de Minas Gerais, desde as iniciativas ocorridas com o Choque de Gestão até o governo atual, no qual há a intenção de contratualização da FHEMIG.

O capítulo se divide em três partes, sendo a primeira uma análise de um modelo inicial de contratualização no âmbito do governo estadual, onde existia uma legislação híbrida, influenciada pela ADIN 1923 que ainda estava sob julgamento. A segunda trata do cenário da legislação estadual pós julgamento da ADIN 1923 e seus desdobramentos para a relação do estado com OS, bem como o advento de um novo regimento, influenciado pelo julgamento da referida ADIN. A terceira parte discute as perspectivas para a contratualização na saúde em Minas com a nova gestão empossada em 2018, analisando-se desde o plano de governo até as recentes tratativas junto à FHEMIG.

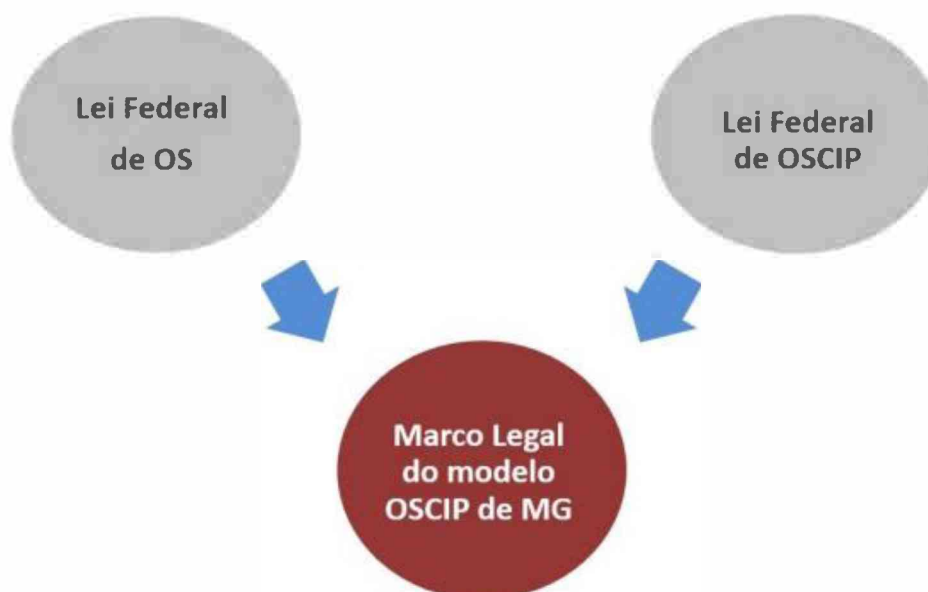
4.1 O início do modelo de contratualização mineiro

O processo de contratualização em Minas Gerais, dentro do contexto do denominado Choque de Gestão, teve como seu marco legal a Lei 14.870, de 16 de dezembro de 2003, que dispõe sobre atuação de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), definidas como entidades do Terceiro Setor, sem fins lucrativos, que executam parcerias com estado para o fomento de determinada

atividade/área. As entidades deveriam desenvolver atividades que se enquadrassem em, pelo menos, uma das áreas definidas na lei, como por exemplo: assistência social; cultura; defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico; educação e saúde gratuitas; defesa, preservação e conservação do meio ambiente, gestão de recursos hídricos e desenvolvimento sustentável, dentre outras.

Entretanto, diferentemente da legislação federal, o ordenamento mineiro constituía de um modelo híbrido entre OS e OSCIP, que possibilita ao mesmo tempo o fomento e a implementação de políticas públicas por meio de entidades do Terceiro Setor, bem como a transferência de atividades não exclusivas de Estado para estas entidades (PROSDOCIMI, 2017). O fato de o modelo possuir características relacionadas tanto ao Contrato de Gestão, quanto ao Termo de parceria, configurou uma dubiedade entre os dois modelos já existentes na legislação federal e possui sua inspiração caracterizada pela figura 10 abaixo.

Figura 10 - Hibridismo do modelo mineiro de parcerias com OSCIPs



Fonte: Núcleo Central de Parcerias com OSCIPs – SEPLAG.

A opção pelo hibridismo do modelo se dá, principalmente, pela tramitação, no Supremo Tribunal Federal (STF), da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1923 de 1998, com decisão datada de 2015. A ADI questionava a constitucionalidade

da legislação federal que regulamentava as OS e foi impetrada no STF, questionando a não-necessidade de licitações ao se firmar contrato com tal entidade. (STF, 2015)

Assim, o governo de Minas Gerais optou por uma via híbrida em 2003, quando a ADI ainda estava sendo julgada e haviam questionamentos e dúvidas sobre a efetiva positivação da regulamentação das OSs. Essa opção diverge de diversos estados que adotaram legislações próprias de OSs, inspiradas no modelo federal, assumindo o risco da nulidade destas legislações caso a ADI fosse julgada procedente e que teriam, assim, diversos serviços e atividades paralisadas. (PROSDOCIMI, 2017)

Contudo, a própria existência do hibridismo na legislação mineira que tratava de OSCIPs deixava claro que o governo, que já havia adotado diversas práticas de gestão voltada para resultado, como anteriormente comentado, tinha a intenção de executar projetos e atividades que faziam parte da estrutura da administração pública estadual através dos termos de parceria (TP). Evidência disso é que, durante o período de vigência da Lei 14.870, que se estende até 2018, foram celebrados 40 TPs, que somavam R\$ 860 milhões em recursos repassados para execução de atividades e serviços. Esses Termos de Parceria podem ser visualizados no Quadro 6 a seguir.

Quadro 6 – Termos de Parceria celebrados durante a vigência da Lei 14.870 em Minas Gerais

Nº do Termo de Parceria	Situação	Área temática	Parceiros		Vigência	
					Início	Fim
001/05	Encerrado	Desenvolvimento social	SEDESE	ECO	28/06/2005	28/06/2006
002/05	Encerrado	Prevenção social da criminalidade	SEDS	ELO	14/09/2005	29/02/2016
003/05	Encerrado	Agricultura	FRM	AMEIS	22/09/2005	21/08/2006
004/05	Encerrado	Desenvolvimento social	SEDESE	HUMANIZARTE	21/11/2005	13/04/2007
005/05	Rescindido	Cultura	FTVM	ADTV	01/12/2005	31/12/2015
006/05	Encerrado	Cultura	FCS	ICSM	23/12/2005	31/12/2015
007/06	Rescindido	Cultura	FCS	ICOS	05/06/2006	01/02/2008
008/06	Encerrado	Desenvolvimento	SEDRU	IH	06/06/2006	06/12/2007
009/06	Encerrado	Saúde	SES	ASAS	07/06/2006	30/05/2007
010/06	Encerrado	Saúde	SES	AMIPHEC	07/06/2006	05/09/2007
011/06	Encerrado	Planejamento e Gestão	SEPLAG	QUALIVIDA	19/07/2006	27/09/2007
012/06	Encerrado	Educação	SEE	IHR	27/12/2006	31/12/2009
013/07	Encerrado	Prevenção social da criminalidade	SEDS	APRECIA	01/02/2007	29/03/2010
014/07	Encerrado	Esportes	SEEJ	DePA	23/02/2007	31/10/2008
015/07	Encerrado	Esportes	SEEJ	IBDEEC	30/03/2007	30/11/2008
016/07	Rescindido	Desenvolvimento social	SEDESE	CIEDS	24/07/2007	31/03/2009
017/07	Encerrado	Defesa de direitos	SEGOV	MDC-MG	05/09/2007	31/12/2014
018/07	Encerrado	Desenvolvimento Social e Gestão	SEPLAG	CEMAIS	15/10/2007	31/01/2011
019/2008	Vigente	Cultura	SEC	ICF	29/01/2008	31/12/2017
020/08	Encerrado	Meio Ambiente	FEAM	ABCDE	05/06/2008	31/01/2013
021/08	Encerrado	Desenvolvimento social	SEDESE	INCED	06/06/2008	31/12/2009
022/08	Encerrado	Meio Ambiente	FEAM	FIP	06/08/2008	31/12/2015
023/08	Encerrado	Protagonismo juvenil	SEE	ICSM	16/10/2008	31/12/2015
024/09	Encerrado	Prevenção ao uso e	SEDS	TS	19/03/2009	31/12/2014
025/09	Encerrado	Esportes	SEEJ	IBDEEC	18/03/2009	31/12/2010
026/09	Encerrado	Esportes	SEEJ	IGETEC	06/04/2009	31/12/2010
027/09	Encerrado	Desenvolvimento social	SEDESE	CEMAIS	30/06/2009	30/04/2011
028/10	Encerrado	Meio Ambiente	FEAM	ABCDE	18/06/2010	31/12/2011
029/11	Encerrado	Esportes	SEEJ	IBDEEC	29/12/2010	31/12/2012
030/11	Encerrado	Desenvolvimento social	SEPLAG	IT	13/12/2010	29/02/2012

031/11	Encerrado	Desenvolvimento social	SEPLAG	IT	12/05/2011	30/04/2012
032/12	Rescindido	Cultura	SEC	ICSM	23/06/2012	19/03/2015
033/13	Encerrado	Meio Ambiente	FEAM	FIP	19/03/2013	31/12/2015
034/13	Encerrado	Planejamento e Gestão	SEPLAG	IQM	28/05/2013	31/08/2014
035/16	Vigente	Prevenção social da criminalidade	SESP	DUUCI	20/04/2016	19/04/2016
036/16	Vigente	Cultura	FCS	APPA	17/06/2016	31/01/2017
037/16	Vigente	Cultura	FCS	APPA	16/06/2016	16/01/2017
038/16	Vigente	Cultura	FCS	APPA	30/07/2016	29/01/2017
039/16	Vigente	Desenvolvimento social	SEEDIF	IELO	01/10/2016	15/08/2017
040/2017	Vigente	Esportes	SEESP	FEEMG	28/03/2017	28/03/2018

Fonte: Prosdocimi, 2017, p.6.

Como é possível observar, a área da cultura foi uma das que mais se beneficiou desses TPs, juntamente com esportes e desenvolvimento social. Contudo, foram raras as tentativas de celebrar TPs na área da saúde. As tentativas de utilização do modelo nessa área enfrentaram forte resistência corporativa, o que não é exclusividade do modelo mineiro (PROSDOCIMI, 2017). A evolução na intenção de se contratualizar a área da saúde só foi possível após o julgamento da ADI 1923, o que é discutido na próxima seção.

4.2 Evolução da Legislação após o julgamento da ADI 1923

Em 2018 ocorreu o fim da vigência da Lei 14.870, que foi substituída por uma nova legislação que regula, atualmente, os contratos de gestão no estado. Como supracitado, a legislação híbrida surgiu como tentativa de implantação de um sistema de contratualização que contornasse os questionamentos da ADI 1923 e, ao se observar o número TPs celebrados e a quantia de repasse de recursos envolvidos, aparenta ter êxito.

Entretanto, ao se analisar mais detidamente a natureza desses TPs, é possível observar que a estratégia reformista do governo não foi capaz de superar resistências especialmente na área da saúde. Essa resistência não é exclusividade do modelo mineiro de contratualização. De acordo com Soares e Branco (2011, apud Prosdocimi e Coimbra, 2019, p. 94), essa resistência provém de entendimento originário de leituras corporativas, que argumentam que a implementação de políticas públicas por meio de TP ou CG representaria uma suposta privatização indevida da ação pública.

Foi somente após o julgamento da ADI 1923 que se viu alguma mudança no debate relativo à legislação das OSs em Minas Gerais. O STF concluiu o julgamento decidindo pela constitucionalidade do modelo, ainda que observando alguns aprimoramentos, que são:

- I. Condução do processo de qualificação de forma pública, objetiva e impessoal, evitando-se, dessa forma, arbitrariedades por parte do agente público;
- II. Condução da celebração do contrato de gestão por um procedimento público, impessoal e pautado por critérios objetivos;
- III. Condução dos contratos celebrados pela Organização Social com terceiros, onde forem utilizados recursos públicos, de forma pública, objetiva e impessoal, observando-se os princípios expressos no caput do art. 37 da CF e, da mesma forma, os termos do regulamento próprio de contratações editado por cada entidade;
- IV. Seleção de pessoal pelas Organizações Sociais seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, observando-se os princípios do caput do art. 37 da CF e, também, os termos do regulamento próprio editado por cada entidade.

Com essa decisão, os debates de natureza ideológica acerca do modelo de OS ser uma espécie de privatização indevida foram mitigados, já que não tinham mais respaldo jurídico. Ademais, foi eliminada a insegurança legal relacionada à utilização do modelo de parceria com OS, abrindo caminho para uma mudança significativa na legislação mineira que regulamentava a relação do estado com o terceiro setor.

Contudo, o governo à época, estava sob o comando de Fernando Pimentel, do Partido dos Trabalhadores (PT). Sendo o PT um dos partidos que impetrou a ADI 1923, naturalmente poderia se cogitar que o governo se portaria como um obstáculo a uma proposta de reformulação da estratégia de publicização ou mesmo impossibilitar o prosseguimento do modelo implementado em 2003. Na prática, o que de fato aconteceu foi um debate distinto, que levou à reflexão sobre qual a forma mais eficiente de execução de políticas públicas, independentemente do formato, se

diretamente ou sob o formato de parcerias. Isso ocorreu em meio a um contexto de contenção de gastos face à escassez de recursos, concomitante ao entendimento de que existiam amarras inerentes à execução direta por parte do Estado (PROSDOCIMI e COIMBRA 2019).

A partir disso, o governo instruiu a SEPLAG a iniciar estudos para reformular a legislação que regulamentava o processo de publicização. Ainda em 2015, um Deputado Estadual⁶, ex-secretário de saúde no governo anterior, propôs o Projeto de Lei 2728/2015 que dispunha sobre a qualificação de entidades de direito privado, sem fins lucrativos, como OSS no âmbito do Estado (PROSDOCIMI e COIMBRA 2019).

Os estudos da SEPLAG buscaram envolver diferentes representantes de órgãos estaduais, profissionais que já haviam tido contato com entidades do terceiro setor, bem como representantes da Controladoria Geral do Estado (CGE), da Secretaria de Governo, da Secretaria de Casa Civil e da Advocacia Geral do Estado (AGE).

Concomitante a esses estudos e debates, foram efetuadas visitas técnicas, por gestores da SEPLAG, a outros entes da federação que possuíam contratos de gestão com OSs, a fim de avaliar suas experiências. Os estados selecionados para fins de visita foram Bahia, Goiás, Santa Catarina e São Paulo. Sobre os dois últimos, foram considerados pelos atuais gestores como importantes referências para o modelo mineiro e suas experiências foram descritas nas seções 2.3.1 e 2.3.2.

Por fim, em 2017, foi encaminhado o projeto de lei de autoria do Poder Executivo para a Assembleia Legislativa de Minas Gerais (ALMG) que tratava do novo marco legal do terceiro setor em Minas Gerais. A legislação trazia uma nova divisão do programa de descentralização, introduzindo o modelo de contratos de gestão com OSs, bem como do termo de parceria com OSCIPs. Dessa maneira, a distinção entre essas qualificações jurídicas e os instrumentos utilizados para mediar sua relação com o Estado ficou mais evidente: enquanto os Termos de Parceria visam fomentar o exercício de atividades de interesse público por entidades privadas em conjunto com

⁶ Deputado Antônio Jorge - PPS - Foi secretário de Estado de Saúde no governo de Antonio Anastasia (2010-2014)

o Estado, o Contrato de Gestão configura-se como instrumento de caráter mais perene, que objetiva transferir para entidades privadas sem fins lucrativos a gestão ou execução de atividades que o Estado encontra dificuldades em implementar de forma adequada.

A proposta de autoria do executivo foi anexada à proposta de autoria parlamentar de 2015, que tratava de OS na área da saúde, anteriormente mencionada. No intuito de alinhar a proposta de autoria executiva com os pontos advindos da proposta de autoria parlamentar, a SEPLAG mantinha debate com a ALMG, adequando questões apontadas pelo deputado autor da proposta e outras que surgiram no decorrer do processo. Esse trâmite culminou na aprovação do projeto de lei, com a seguinte sanção da Lei 23.081, de 10 de agosto de 2018. Para regulamentá-la, foram publicados os Decretos 47.553 e 47.554, ambos de 07 de dezembro de 2018, que regulamentam, respectivamente, a qualificação como OS e a celebração do contrato de gestão, e a qualificação como OSCIP e a celebração do termo de parceria.

A nova legislação trouxe mudanças em relação ao modelo híbrido anterior, como a exigência de experiência da própria entidade sem fins lucrativos, não admitindo experiência do corpo de dirigentes como anteriormente, e a vigência dos títulos concedidos em três anos renováveis. As OSSs passaram a ter algumas especificidades, como, por exemplo, a exigência da entidade em comprovar a gestão de unidade ou de serviços de assistência à saúde, própria ou de terceiros por, no mínimo, dois dos últimos cinco anos anteriores, bem como estar registrada no conselho regional profissional do Estado. Conforme Prosdocimi e Coimbra (2019, p.19):

Experiências de contratos de gestão com OS em outros entes de federação demonstraram que muitos erros encontrados foram derivados de instituições não vocacionadas para a prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas das quais sequer atuantes anteriormente nesta temática. Percebe-se então que o legislador mineiro buscou mesclar os componentes do julgamento da ADIn 1923 (condução de forma pública, objetiva e impessoal do processo de qualificação) com questões críticas advindas das especificidades mineiras (necessidade de comprovação de experiência da entidade, não admitindo flexibilizações para os comprovação por parte do corpo de dirigentes) e pontos negativos vivenciados em outros entes da federação, especialmente na área da saúde (necessidade de comprovação adicional de experiência e registro em conselho).

Sobre a etapa de celebração, anteriormente a legislação requeria análise prévia da CGE e, no novo regimento, essa obrigação é retirada. O objetivo do legislador, na verdade, foi de fortalecer o papel institucional da controladoria que passou a focalizar a atuação no sentido de realizar auditorias operacionais e de gestão sobre a execução dos TPs e CGs. Competia à CGE, também, a análise prévia do processo de celebração, tendo essa competência sido transferida para o órgão gestor dos modelos de parceria, atualmente a SEPLAG, tendo como finalidade examinar a devida utilização das metodologias inerente aos TPs e CGs.

Outro ponto relevante é uma nova especificação para o monitoramento e avaliação. O monitoramento se tornou distinto entre os instrumentos de TP e CG, antes englobados em uma legislação comum. Como o CG se configura como um instrumento de maior complexidade, foi criada a figura da Comissão de Monitoramento para seu acompanhamento. Essa comissão é composta pelo supervisor da comissão, o adjunto do primeiro, um representante da unidade jurídica do Órgão Estadual Parceiro(OEP), um representante da unidade financeira do OEP, caso exista órgão interveniente este indica um membro e, caso o Dirigente Máximo considere oportuno, pode indicar servidores de outras unidades administrativas do OEP. Além da criação da Comissão de Monitoramento, os processos de monitoramento executados pelos representantes foram formalizados, assim como a periodicidade da entrega dos relatórios de monitoramento, que passa a ter exigência da legal de uma entrega por trimestre (de forma ordinária) e ao final de cada exercício, de forma consolidada.

A avaliação segue lógica semelhante, como previsto no seu art 76:

Art. 76 – Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão serão avaliados trimestralmente, no mínimo, por comissão de avaliação integrada pelos seguintes membros:

I – Um representante indicado pelo OEP, que será o supervisor do contrato de gestão;

II – Um representante indicado por cada OEI, quando houver;

III – Um representante indicado pela OS;

IV – Um representante indicado pela Seplag;

V – Um representante indicado pelo conselho de políticas públicas da área correspondente de atuação, quando houver;

VI – Um especialista da área em que se enquadre o objeto do contrato de gestão, não integrante da administração pública estadual.

Entretanto, distingue-se a Comissão de Monitoramento da Comissão de Avaliação, conforme § 1º do art mencionado: “A comissão de avaliação não é responsável pelo monitoramento e pela fiscalização da execução do contrato de gestão, devendo se ater à análise dos resultados alcançados”.

A nova legislação buscou aprendizados na decisão relativa à ADIN 1923, refletindo-se na incorporação de dois de seus itens: que às entidades não deve ser imputado o dever de licitar e que igualmente não devem selecionar funcionários a partir de concurso público. Prosdocimi e Coimbra (2019, p.21) comentam:

Muitas vezes se imputava às entidades do terceiro setor a exigência de adotar procedimentos licitatórios e adoção de concursos públicos. Tornou-se necessário reconhecer que estas entidades, embora executem atividades e serviços de natureza pública, não se confundem com integrantes do aparato estatal e, portanto, não faz o menor sentido imputar àquelas normativas próprias da administração pública.

Assim, se estabeleceu que o as compras e contratações, inseridas dentro do contexto do CG, devem ser realizadas com observância dos princípios do caput do art. 37 da Constituição Federal⁷. Ainda, no caso mineiro, o regulamento de cada entidade deve ser aprovado, pelo OEP e pela SEPLAG, simultaneamente à celebração do contrato de gestão e não se submete as normas da Lei 8.666, de 1993 (art. 24, inciso XXIV).

Ainda, a nova lei buscou tornar mais clara a distinção entre o CG e TP: No CG, não se pretende fomentar uma iniciativa da entidade, mas sim uma melhor gestão de determinado serviço, atividade ou equipamento, outrora gerido pela própria administração pública. Assim, é natural que se preveja uma vigência maior para esse instrumento, uma vez que o caráter de processos de gestão é mais perene, sendo de 20 anos em Minas Gerais, incluindo seus aditivos. A lei admite três hipótese de aditamento no seu art. 65: 1) alteração de ações e metas e do planejamento financeiro frente ao inicialmente pactuado, motivado por fatores supervenientes; 2) prorrogação

⁷ **Art. 37.** A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

da vigência para cumprimento do objeto inicialmente pactuado; e 3) renovação do objeto inicialmente pactuado, limitado ao prazo máximo de vigência de vinte anos.

Apesar dos aprimoramentos havidos com a nova legislação, algumas questões relevantes não foram abarcadas e elucidadas e necessitam de maior atenção futuramente. Como exemplo, é possível citar a questão do controle social sobre os CGs. Muito embora a legislação preveja a obrigação de divulgação de todas as informações dos CGs em meios pertinentes (como os portais das entidades na internet), da análise prévia do conselho de políticas públicas e da presença de representantes da sociedade nas Comissões de Avaliação, não é possível reduzir o controle social a apenas a presença destes fatores. Para que se configure como um instrumento realmente transparente, é preciso aproximar a sociedade do governo, mesmo para a formulação de políticas públicas (Prosdocimi e Coimbra, 2019).

Toda a mudança e atualização da lei referente aos CGs resultou num cenário mais favorável à contratualização nas diferentes áreas do governo mineiro, que seria um ponto chave para a gestão de Romeu Zema (NOVO), como abordado na próxima seção.

4.3 Perspectivas da aplicação do modelo de OS na área da saúde no Governo Zema

Com o processo eleitoral ocorrido em 2018 e a eleição de Romeu Zema (NOVO), a contratualização na saúde ganha prioridade na agenda governamental, amparada pela legislação após ADI 1923 e a atualização da legislação anteriormente mencionada. Essa prioridade fica evidente ao se consultar o plano de governo de Zema, apresentado no processo eleitoral, que traz a intenção de alterar a função do Estado de provedor de serviços para uma função estratégica:

Não é preciso que o Estado realize a gestão direta dos equipamentos públicos de saúde, mas sim que ele passe da condição de provedor direto do serviço para uma função mais estratégica de monitorar e avaliar outras entidades mais capazes de ofertá-los. Vale ressaltar que o Estado não estará se eximindo das responsabilidades conferidas a ele, o que ele passa a fazer é apenas se dedicar ao controle dos resultados obtidos. A partir desse modelo, que já vem sendo bem sucedido em outros estados, será possível expandir os equipamentos, aumentar o número de profissionais de saúde qualificados e realizar um maior número de atendimentos, visto que outras organizações conseguirão fazer mais com menos (ZEMA, 2018, p.45)

Ademais, também fica explícito em seu plano de governo a intenção de repassar à gestão de OS aqueles hospitais regionais que, segundo o documento, o estado não teria recursos para finalizar obras ou manter as atividades regulares:

“No entanto, o estado não possui recursos para finalizar as obras, e tampouco para custear as atividades dos hospitais regionais. Essa é uma oportunidade para que a gestão compartilhada de equipamentos públicos de saúde por meio de Organizações Sociais (OSs) e Parceria Público-Privada (PPP) comecem a ser implementadas.” (ZEMA, 2018, p.46)

O plano de governo também evidencia a intenção de contratualização no que chamou de “alternativas para a inovação que se pretende implementar no modelo de saúde atual do estado”. Uma dessas alternativas, que recebeu o nome de Gestão Compartilhada, descreve melhor o propósito do então candidato em se aproximar das OSSs:

“Delegação da administração dos equipamentos da saúde para Organizações Sociais (OSs) e Parceria Público-Privada (PPP) capazes, comprovadamente, de fornecer melhores serviços públicos de saúde para a população. O objetivo dessa medida é de aumentar a eficiência dos equipamentos atuais e concentrar esforços em monitoramento e avaliação dos serviços de saúde contratados, com auditorias de prontuários, por exemplo. Além disso este modelo garante maior ética e responsabilidade financeira na gestão” (ZEMA, 2018, p.49)

Assim, em 2019, já empossado, o novo governo iniciou um debate para repassar a uma OS a gestão da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). A FHEMIG tem como competência prestar serviços de saúde e assistência hospitalar por meio de hospitais organizados e integrados ao SUS. São exemplos de hospitais que fazem parte da Rede FHEMIG atualmente:

1. Complexo de Urgência e Emergência:
 - a. Hospital João XXIII, em Belo Horizonte;
 - b. Hospital Maria Amélia Lins, em Belo Horizonte
 - c. Hospital Infantil João Paulo II, em Belo Horizonte
2. Complexo de Hospitais de Referência:
 - a. Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo

- b. Hospital Eduardo de Menezes, em Belo Horizonte;
 - c. Hospital Regional Antônio Dias, em Patos de Minas;
 - d. Hospital Regional Dr. João Penido, em Juiz de Fora
3. Complexo de Especialidades:
- a. Hospital Júlia Kubitschek, em Belo Horizonte
 - b. Hospital Alberto Cavalcanti, em Belo Horizonte;
4. Complexo de Saúde Mental:
- a. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena;
 - b. Hospital Galba Veloso, em Belo Horizonte
5. Sistema Estadual de Transplantes
- a. MG Transplantes

Em entrevista com gestores chave⁸ no processo de contratualização da FHEMIG, foi afirmado que a opção do governo em iniciar a contratualização pela FHEMIG se deveu a capilaridade e relevância do órgão nas ações de saúde pública em Minas Gerais e, tendo-o como um caso de sucesso, possibilitaria um ambiente mais propício para implantação do modelo em outras unidades.

De acordo com os gestores, a proposta de contratualização da FHEMIG foi construída após uma série de debates e exaustivas negociações, tendo sofrido críticas de entidades como a Associação Sindical dos Trabalhadores em Hospitais de Minas Gerais (Asthemg) e do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais. Alguns dos questionamentos dizem respeito à cessão de servidores ocupantes de cargos de provimento efetivo, se eles teriam, ou não, alguma perda de direitos com a mudança. Essa questão foi tratada pelo Decreto 47.742, de 25 de outubro de 2019 e pelo artigo

⁸ Diretor Central de Contratos de Gestão e o Superintendente Central de Parcerias com o Terceiro Setor da SEPLAG

79 da Lei 23.081, de 2018. O artigo dispõe a respeito dos direitos dos servidores públicos que forem cedidos às OS:

Art. 79 – É facultada à administração pública direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo estadual a cessão especial de servidor civil para a OS signatária de contrato de gestão vigente nos termos desta lei, para exercer as funções próprias de seu cargo de provimento efetivo ou função pública, atendendo ao Programa de Descentralização da Execução de Serviços para as Entidades do Terceiro Setor.

No tocante às garantias de direitos desses servidores cedidos, dispõe que:

§ 2º – A cessão especial de que trata o caput será sempre condicionada à anuência do servidor, nos termos do § 13 do art. 14 da Constituição do Estado.

§ 4º – O servidor cedido com ônus para o órgão ou a entidade cedente perceberá a remuneração, as vantagens e os benefícios do cargo a que fizer jus no órgão ou na entidade cedente, sendo-lhe também garantidos os direitos e concessões previstos no Título VII da Lei nº 869, de 5 de julho de 1952.

§ 7º – O período em que o servidor estiver em cessão especial para OS com ônus para o órgão ou a entidade cedente será computado como efetivo exercício para fins de contagem de tempo para progressão, promoção, adicionais, gratificações, férias-prêmio, aposentadoria e avaliação de desempenho, observada a legislação da carreira e as normas estatutárias vigentes.

§ 8º – Na hipótese de cessão de servidor com ônus para a OS, esta passa a ser responsável pelo recolhimento e pelo repasse do percentual determinado por lei para o Regime Próprio de Previdência e Assistência Social dos servidores públicos do Estado e dos demais encargos.

Já o Decreto busca regulamentar a cessão especial de servidores do Poder Executivo para a OS, tratando, dentre outros aspectos, do tipo de trabalho a ser realizado pelo servidor, e da natureza da cessão.

III – manifestação favorável da unidade setorial de recursos humanos do órgão ou entidade cedente, considerando o disposto neste decreto;

§ 1º – A manifestação de que trata o inciso III deverá levar em consideração:

II – Correlação entre as funções a serem desempenhadas na OS e as atribuições previstas na legislação de carreira do servidor, quando a cessão não for destinada ao desempenho de funções de chefia, assessoramento ou direção;

Portanto, é possível observar que houve preocupação, por parte do governo, em assegurar proteção à atuação e aos direitos dos servidores cedidos, bem como em obter a anuência do servidor para com a cessão. Entretanto, um ponto bastante problemático levantado pelos representantes da Asthemg e do Sindicato dos Médicos foi a falta de transparência e diálogo de setores do governo com os funcionários que trabalham no dia a dia dos hospitais. Em audiência pública, durante reunião da Comissão de Saúde da ALMG, ocorrida em 28 de agosto de 2019, na qual foi apresentada a proposta de ceder a administração de hospitais da FHEMIG para OSs, o presidente da Asthemg, Carlos Augusto dos Passos Martins, criticou-a dizendo “[...] Sabemos que são necessárias mudanças, mas nossas experiências e propostas precisam ser consideradas para encontrar soluções” (ALMG, 2019).

Outro ponto questionado aos gestores foi acerca de quais experiências com o modelo de OSS teriam servido de referência para o atual governo e se houve uma avaliação formal de tais experiências. Segundo os gestores, houve um extenso trabalho de *benchmarking*, que incluiu diversas visitas técnicas e reuniões com gestores de alguns estados. As visitas teriam sido realizadas em diversos períodos. O estado de São Paulo, por exemplo, recebeu visitas em 2014, 2018 e 2019; os gestores também foram a Bahia (2015), Goiás (2018) e Santa Catarina (2019).

Sobre as visitas a São Paulo⁹ o Superintendente Central de Parcerias com Terceiro Setor afirmou:

“em 2014, conhecemos unidades gerenciadas por OS na área da cultura e saúde e conversamos com a coordenadoria, na extinta secretaria de gestão pública, que normatizava os contratos de gestão. Em 2018, fomos conhecer a Sala São Paulo, a Orquestra Sinfônica do estado de São Paulo (OSESF) e a Organização Social que faz a gestão deste contrato. Já em 2019, fomos conhecer um hospital gerenciado por OS, que tenha sido gerido pelo estado antes, além de conversar com a coordenadoria responsável pelo monitoramento dos contratos”

⁹ Entrevista realizada em 19/06/2020

Na Bahia, segundo o mesmo gestor, o objetivo foi de conhecer a unidade na secretaria de administração que faz a gestão central do modelo de OS, bem como ter familiaridade com contratos na saúde e na cultura do estado.

Já em Goiás e Santa Catarina, as visitas se relacionaram mais diretamente com a área da saúde e a intenção de contratualização com OSS em Minas Gerais. Segundo o superintendente, na mesma entrevista:

“em Goiás, fomos conhecer a superintendência que faz a gestão de todos os contratos na saúde, juntamente com a equipe da FHEMIG, além de conhecer hospitais gerenciados por OS. Em Santa Catarina, fomos ao TCE, conhecer os detalhes do estudo realizado por este tribunal, conhecemos hospital gerenciado por OS e fomos até a secretaria de saúde, conversar com a área responsável pelo monitoramento dos contratos.”

Em relação a como as visitas teriam contribuído para a implementação do modelo de OS em Minas Gerais, o gestor afirmou que

“basicamente, estas visitas tiveram como objetivo nos fornecer massa crítica, tanto para pensar na melhor forma de normatizar a nova legislação, como para pensar em questões mais objetivas e operacionais como por exemplo sistemas de gestão, cessão de servidores na prática, diálogo e interação entre OEP e OS. Tivemos grande contato com as equipes técnicas das secretarias, que nos deram uma dimensão mais real do dia a dia dos gestores dos contratos, algo que vivenciamos em MG mesmo na legislação anterior, bem como um excelente contato com órgão de controle externo, que forneceu excelentes subsídios para pensar os melhores critérios para seleção de entidades, os pontos críticos dos contratos, notadamente sobre monitoramento, avaliação, aditamento e prestação de contas destes instrumentos”.

Outro ponto relevante na conversa foi a recente discussão dos atores envolvidos no processo de contratualização da FHEMIG, citada anteriormente, acerca da cessão de servidores para OS:

“Podemos perceber que o estado de Minas é pioneiro em tentar normatizar a cessão de servidores, que é pouquíssima normatizada nos demais entes, geralmente é efetuada com base em entendimentos internos à administração, deixando várias lacunas sob o ponto de vista da efetiva garantia aos direitos dos

servidores públicos que porventura queiram ser cedidos à OS. É fundamental nos mirarmos nos bons exemplos, sem ignorar os maus exemplos e o que causou o que porventura deu errado, de forma a buscar a melhor implementação possível em MG.”

Em outra entrevista¹⁰ com os mesmos gestores, foram abordadas questões mais específicas atinentes à existência de preocupações quanto a problemas de possíveis condutas inadequadas das OSSs contratadas visando o alcance de metas pactuadas e de quais seriam as medidas pensadas para lidar com o problema. Segundo o gestor, ao se analisar casos onde o problema efetivamente ocorreu, como o Rio de Janeiro, foi possível traçar estratégias para mitigar a situação, como a adoção de critérios não financeiros na seleção das OSSs. Um dos grandes problemas do caso fluminense, segundo os gestores, era pautar a seleção de entidades pelo preço, quando o preço teria de ser definido pelo Estado e isso acabava levando a seguidos aditamentos nos contratos, sem critérios claros, o que dava margem para má execução. Por exemplo, uma Organização Social ao pleitear um edital para celebração de um CG na área da saúde, estabeleceria preços extremamente baixos de forma a vencer esse edital (uma vez que o edital se baseava apenas nesse critério), entretanto os preços não condiziam com a realidade e, após o celebração do contrato, ocorriam diversos aditamentos no CG, que levavam a estimativas imprecisas ou superfaturamentos (Vieira, 2016). Em Minas Gerais, os critérios de aditamento previstos em lei seriam mais rígidos e bem definidos, como consta no Art 63 do Decreto 47.553 de 07 de dezembro de 2018:

Art. 63 – O OEP deverá encaminhar o processo de aditamento ao contrato de gestão para a Seplag, que deverá analisar a conformidade técnica do processo proposto.

§ 1º – A análise de que trata o caput refere-se à adequação da proposta de termo aditivo ao contrato de gestão à metodologia e aos modelos disponibilizados pela Seplag.

§ 2º – A Seplag se manifestará, por meio de nota técnica, em até dez dias úteis, contados da data de recebimento do processo de aditamento ao contrato de gestão.

§ 3º – O prazo de que trata o § 2º será suspenso caso a documentação encaminhada esteja incompleta ou inválida, ou quando houver solicitações de esclarecimentos pela Seplag, sendo restabelecido após os ajustes necessários.

¹⁰ Realizada em 26/06/2020

§ 4º – A Seplag encaminhará a nota técnica prevista no § 2º ao OEP para que este responda a respeito das recomendações emitidas, caso existam, previamente à assinatura do termo aditivo ao contrato de gestão.

§ 5º – Caso a proposta de aditamento se enquadre nas hipóteses dos incisos I e II do art. 61, respondida a Nota Técnica, o OEP encaminhará expediente para a deliberação da COF.

§ 6º – Caso a proposta de aditamento se enquadre nas hipóteses dos incisos I e II do art. 61, a manifestação favorável da COF é condição para a celebração do termo aditivo ao contrato de gestão.

§ 7º – O termo aditivo deverá ser assinado após o recebimento da manifestação favorável da COF, nas hipóteses dos incisos I e II do art. 61, ou após respondida a nota técnica à Seplag, na hipótese do inciso III do mesmo artigo.

O mesmo se aplica à documentação necessária disposta no Art 62 do mesmo Decreto:

Art. 62 – O OEP interessado em aditar o contrato de gestão deverá instruir processo contendo os seguintes documentos:

I – Parecer técnico contendo a justificativa para o aditamento do contrato de gestão, conforme disposto no § 1º do art. 61;

II – Minuta do termo aditivo ao contrato de gestão;

III – Minuta de memória de cálculo;

IV – Certidões de regularidade da OS junto ao INSS, ao FGTS, à Justiça do Trabalho e às Fazendas públicas federal, estadual e municipal;

V – Documento atestando disponibilidade orçamentária para o contrato de gestão, emitido pelo ordenador de despesas indicando a ação orçamentária que dará suporte à execução, se for o caso;

VI – Parecer emitido pela unidade jurídica acerca da celebração do termo aditivo ao contrato de gestão.

Assim, a legislação envolve diferentes atores (técnicos, jurídicos e administrativo-orçamentários) no processo de aditamento, com o objetivo de torna-lo menos susceptível a falhas.

4.3.1 O contexto atual e a Pandemia de Covid-19

O processo de contratualização da rede FHEMIG, iniciado em 2019, foi afetado pela pandemia causada pelo Covid-19. Evidentemente, um evento dessa magnitude, que impacta sobremaneira a saúde pública, requer esforços organizados

por parte do poder público, envolvendo, no caso brasileiro, as diferentes esferas da federação. Nesse contexto, o governo de Minas Gerais teve de deslocar as prioridades na área da saúde para o combate da pandemia.

Um dos principais esforços por parte do governo mineiro no enfrentamento da pandemia foi a construção de hospitais de campanha, em Belo Horizonte (localizado no Expominas) e em Betim. Para a gestão desses hospitais foi aberto um processo de seleção pública, por intermédio da Polícia Militar do estado, com o objetivo de selecionar uma OS para celebrar CG¹¹.

Contudo, esse CG, por seu caráter excepcional, possui algumas particularidades, como por exemplo sua vigência de três meses, que poderá ser prorrogada enquanto perdurar a situação de calamidade pública no estado, e seu acompanhamento, executado de forma mensal, das despesas e resultados, que será feito por uma Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, composta nos termos da legislação anteriormente descrita. Da mesma forma, a avaliação dos resultados se dará, na mesma periodicidade, por uma Comissão de Avaliação independente da Comissão de Acompanhamento (PMMG, 2020).

O CG dos hospitais de campanha constitui oportunidade para os gestores das parcerias com OSs avaliarem se os mecanismos de fiscalização anteriormente descritos no trabalho se constituem, de fato, como boas ferramentas, bem como examinar como a relação entre o estado e as entidades qualificadas como OS se dará na prática.

Uma vez que se trata de um processo muito recente, a presente pesquisa encontra limitações para avaliar quaisquer resultados. Entretanto, atenta para o possível impacto dos resultados desse processo para a continuidade da implementação do modelo de contratualização de resultados na saúde de Minas Gerais.

¹¹ Conforme noticiado pelo estado em : <<http://agenciaminas.mg.gov.br/noticia/estado-publica-edital-para-selecao-de-organizacoes-interessadas-em-gerir-hospital-de-campanha>>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o início recente do processo de contratualização pelo Governo de Minas Gerais na área da saúde, constatou-se o estado era um dos últimos da federação a adotá-lo. Portanto, com a intenção de examinar possíveis desdobramentos desse processo, o trabalho realizou uma revisão bibliográfica a partir de referências acadêmicas acerca do tema, bem como de estudos que documentaram trajetórias e resultados de experiências com CGs na saúde em outras unidades da federação para, então, cruzar esse conhecimento com as informações obtidas através de entrevistas realizadas com gestores envolvidos no processo mineiro e, assim, poder responder a pergunta que norteou o desenvolvimento da pesquisa: O modelo de parcerias com Organizações Sociais na área da saúde que se encontra relativamente difundido no país, pode ser considerado uma alternativa eficaz na prestação de serviços setoriais à população por parte do estado de Minas Gerais? No exame da questão, buscou-se discutir as perspectivas de adoção desse modelo no estado e os possíveis desafios a serem enfrentados pelo governo mineiro no processo.

A pesquisa foi feita a partir de duas etapas. A primeira envolve a análise dos dois estados escolhidos como referência na adoção do modelo de OS na área da saúde, conforme entrevistas com os gestores da SEPLAG. A segunda parte trata da evolução da legislação mineira referente à parceria com entidades do Terceiro Setor e as implicações de Minas Gerais ter aderido tardiamente ao modelo de OS, bem como o encaminhamento do processo de contratualização em curso na FHEMIG.

Sobre o primeiro tópico, observou-se que o modelo trouxe melhores resultados nos indicadores analisados no âmbito de eficiência dos gastos e no aumento da oferta de atendimentos e serviços nos estados de São Paulo e Santa Catarina. Essa melhora pôde ser constatada no contraste da evolução de indicadores de hospitais geridos pela AD e hospitais geridos por OSS. Dentre esses indicadores, os que representaram significativa melhora em hospitais OSS em relação aos geridos por AD estão o índice de produção hospitalar, a taxa de ocupação média, a taxa de pacientes por dia, a taxa de mortalidade, o tempo médio de permanência, o gasto por leito e o número de funcionários (que inclui funcionários de dentro e de fora da área da saúde).

Com relação ao alcance dos indicadores pactuados, os hospitais OSS tiveram, em geral, resultados bastante satisfatórios. Entretanto, em ambas unidades federativas, os estudos examinados pelo trabalho teceram críticas em relação ao estabelecimento de metas que ou foram conservadoras ou necessitavam de uma revisão com uma periodicidade menor, uma vez que poderiam ser de fácil alcance e não representariam de fato um bom desempenho.

Outro ponto muito discutido nos estudos referentes às duas experiências de contratualização com OSs examinadas tem a ver com a importância de uma fiscalização e acompanhamento dos resultados que envolva um conjunto diverso de atores. A transparência e a prestação de contas são, segundo os referidos estudos, ferramentas que implicam não só na legalidade do processo, mas também que impeçam a captura do Estado por parte dessas organizações e permitam a adequada oferta de bens e serviços de saúde para a sociedade.

Sobre o segundo tópico, a análise da evolução da legislação mostrou que, ainda que o estado de Minas Gerais tenha considerado aguardar o julgamento da ADIN 1923 e atrasar, portanto, a adoção do modelo de contratualização na saúde, a espera possibilitou que as experiências e aprendizados de outras unidades fossem levadas em consideração por seus legisladores e formuladores de políticas públicas. Assim, a legislação estadual construídas pós ADIN 1923 pôde considerar aspectos que outros estados só conseguiram incorporar através da própria experiência, como direitos dos servidores cedidos ou mecanismos de aditamento e monitoramento mais bem definidos.

Ademais, os gestores ouvidos pelo trabalho puderam ter contato com aprendizado de diversos estados no tocante à seleção de entidades e ao processo de qualificação como OS, bem como diálogo com órgãos de controle externo para conhecerem os pontos críticos dos CGs, notadamente sobre monitoramento, avaliação, aditamento e prestação de contas destes instrumentos. Ressalta-se a limitação do trabalho em ouvir, também, representantes da FHEMIG, uma vez que o cenário de pandemia global em 2020 impossibilitou as tentativas de contato realizadas.

Assim sendo, é possível responder à pergunta feita inicialmente pelo trabalho, onde o modelo de parcerias com OSs na área da saúde pode ser entendido

como uma alternativa eficaz na prestação de serviços setoriais à população por parte do estado, uma vez que, como observado, o modelo proporcionou melhoras significativas nos indicadores e no alcance de metas pactuadas nos estados de São Paulo e Santa Catarina. Contudo, há que se ressaltar que mecanismos e órgãos de controle possuem papel chave na implementação desse modelo de CG e o aprendizado com as experiências de outros estados não podem se restringir somente ao campo teórico. Assim, um dos principais desafios que se colocam para o estado na adoção do modelo tem a ver com controle dos CGs e a pactuação de metas de resultados.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. SANO, Hironobu. **Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil**: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. Rev. adm. empres. [online]. 2008, vol.48, n.3, pp.64-80.

BARROS SILVA, Pedro Luís; RIBEIRO, José Mendes; ROSÁRIO COSTA, Nilson do. **A descentralização do sistema de saúde no Brasil**. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 50, p. 32-55, jul/set 1999.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma Gerencial de 1995** – Burocracia e Reforma do Estado.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Da administração pública burocrática à gerencial**. Revista do Serviço Público, 47(1,) jan/abr, 1996.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma do Estado dos anos 90**: lógica e mecanismos de controle. Lua Nova, São Paulo, n. 45, p. 49-95, 1998

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Do Estado Patrimonial ao Gerencial**. In Pinheiro, Wilhelm e Sachs (orgs.), Brasil: Um Século de Transformações. S.Paulo: Cia. das Letras, 2001: 222-259.

CARNEIRO, Ricardo; MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **GESTÃO PÚBLICA NO SÉCULO XXI: AS REFORMAS PENDENTES**. Ipea, Brasília, dezembro 2011.

CARDOSO, Gustavo Alves. **A TRAJETÓRIA DO MODELO MINEIRO DE CONTRATUALIZAÇÃO**: do Acordo de Resultados ao Pacto pelo Cidadão. Orientador: Kamila Pagel de Oliveira. 2017. Monografia (Bacharelado em Administração Pública) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2017.

CAVALCANTE, Pedro. **GESTÃO PÚBLICA CONTEMPORÂNEA: DO MOVIMENTO GERENCIALISTA AO PÓS-NPM**. Ipea, Brasília, Agosto 2017.

CONTRATOS de gestão de hospitais públicos. **Mais Gestão**, 2016. Disponível em: <<http://www.maisgestao.org.br/boas-praticas/visualizar/16>>. Acesso em: 02 de julho de 2020.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes. **Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social**. Programa de pesquisas – Em busca da excelência: fortalecendo o desempenho hospitalar no Brasil. Relatório final. Ministério da Saúde. Banco Mundial. Maio 2005.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 27ª ed. São Paulo: Atlas, 2014

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge Moysés. **O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde**. Cadernos de Saúde Pública: Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-627, Abril 2012.

FILIPPON, Jonathan. **A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra**: trajetória e riscos para o direito à saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, ano 2016, v. 32, n. 8, 29 ago. 2016. Caderno de Saúde Pública, p. 1-15.

FONIFF - FÓRUM NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS. **Relatório de Atividades 2019**. [S. l.: s. n.], 2019.

GOVERNO DE MINAS GERAIS (MG). PMMG. Edital de seleção nº 01/2020. Seleção de OS para Gestão do Hospital de Campanha de Minas Gerais. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, ano 7, 18 jun. 2020. Disponível em: <<https://www.policiamilitar.mg.gov.br/conteudoportal/sites/licitacao/180620200751533120.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

GOVERNO DE MINAS, 2019. **Agência Minas**, 2019. Seplag apresenta estudo sobre transferência da gestão de unidades hospitalares para organizações sociais. Disponível em: < <http://agenciaminas.mg.gov.br/noticia/seplag-apresenta-estudo-sobre-transferencia-da-gestao-de-unidades-hospitalares-para-organizacoes-sociais>>. Acesso em: 02 de maio de 2020.

JANN, Werner & REICHARD, Christoph. **Melhores práticas na modernização do Estado**. Brasília. Revista do Serviço Público, 53 (3), 2002. p. 31-50.

JENKINS, Kate. **Civil Service Reform in the United Kingdom**. Seminário Internacional - Reforma do **Estado** na América Latina e no Caribe, Brasília, maio 1996, mimeo.

MACEDO, Marcelo Hernandez; ALVES, Andrea Moraes. **Reforma administrativa: o caso do Reino Unido**. Revista do Serviço Público, [s. l.], ano 48, n. 3, set/dez 1997.

MARE (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estado**. Brasília: Brasília: Presidência da República. Imprensa Oficial, 1995

MENACHO, Leonardo. **Parcerias Entre Estado E Entidades Do Terceiro Setor Em Minas Gerais**: Desafios E Potencialidades. Orientador: Ricardo Carneiro. 2015. 64 p. Monografia (Administração Pública) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2015.

MINAS GERAIS. **Lei nº 23.081, de 10 de agosto de 2018. Dispõe sobre o Programa de Descentralização da Execução de Serviços para as Entidades do Terceiro Setor**. ALMG, Belo Horizonte, 11 ago. 2018. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=23081&comp=&ano=2018>>. Acesso em: 11 maio 2020.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 47.553, de 7 de dezembro de 2018. Regulamenta a qualificação de pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, como Organização Social e a instituição do contrato de gestão**. ALMG, Belo Horizonte, 8 dez. 2018. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=DEC&num=47553&comp=&ano=2018>>. Acesso em: 11 maio 2020.

MOTTA, Paulo Roberto de Mendonça. **O estado da arte da gestão pública**. Revista de Administração de Empresas FGV, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, 2013.

OECD. (2005). **Modernising Government** - the way forward. OECD Publishing.

OECD. (2004). **Public Sector Modernisation: Governing for Performance**. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development).

PACHECO, Regina S. **A agenda da nova gestão pública**. In: Loureiro, Maria R.; Abrúcio, Fernando L.; Pacheco, Regina S. (orgs.). Burocracia e política no Brasil: desafios para o Estado democrático no século XXI. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2010, p. 183-218

PERDICARIS, Priscilla Reinisch. **Contratualização de Resultados e Desempenho no Setor Público: A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta no Estado de São Paulo**. 2012. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

PROSDOCIMI, Eduardo Campos. **RELAÇÃO ESTADO E OSCIPs: estudo do caso de Minas Gerais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Estratégica). Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho. Fundação João Pinheiro, 2012.

PROSDOCIMI, Eduardo Campos. **Parcerias com OSCIPs em MG: uma análise retrospectiva e propositiva**. In: V CONGRESSO DE CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA. Brasília, julho 2017.

PROSDOCIMI, Eduardo Campos; COIMBRA, Marina Gregório. **Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Organizações Sociais em Minas Gerais: Um olhar sob a ótica da Lei 23.081, de 10 de agosto de 2018**. ENEPCP, Natal / RN, p. 1-25, 30 ago. 2019.

ROTHGIESSER, T. L. **A sociedade civil brasileira e o terceiro setor**. São Paulo: [s.n], 2004.

SABO PAES, José Eduardo. **O Estado brasileiro e as Organizações Sociais: Reflexões a respeito da constitucionalidade da parceria contida na lei 9.637/98**. Direito em ação, Brasília, v. 9, ed. 1, p. 171-232, jul/dez 2012.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A reinvenção solidária e participativa do Estado**. In: Pereira, L. C. Bresser (Org.). Sociedade e Estado em transformação. São Paulo: UNESP, 2001, p. 13.

SERVIDORES e usuários refutam OS na gestão hospitalar. **ALMG**. Belo Horizonte, 28 de agosto de 2019. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2019/08/28_com_saude_fhemig.html> Acesso em: 02 de julho de 2020.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Portal STF**, 2015. Convênio do poder público com organizações sociais deve seguir critérios objetivos. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=289678>>. Acesso em: 20 de jun. de 2020.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico**: Lições Para o SUS. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, 29 jan. 2007

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO (SC). **ANÁLISE ECONOMÉTRICA DA EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS ESTADUAIS DE SANTA CATARINA**: Um comparativo entre modelos de gestão. Florianópolis: [s. n.], 2017.

VIEIRA, João Paulo Tapioca de Oliveira. **FRAGILIDADES DOS MECANISMOS DE CONTROLE DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**. Orientador: Sonia Fleury. 2016. Dissertação (Mestrado) - Fundação Getúlio Vargas - EBAPE, Rio de Janeiro, 2016.

VILLAS-BÔAS, Bruno. IBGE: Número de organizações sociais que gerem estabelecimentos de saúde sobe 76%. **Valor Econômico**, Rio de Janeiro, 25 de set. de 2019. Disponível em: <<https://valor.globo.com/brasil/noticia/2019/09/25/ibge-numero-de-organizacoes-sociais-que-gerem-estabelecimentos-de-saude-sobe-76percent.ghtml>>. Acesso em: 23 de Julho de 2020.

ZEMA, Romeu. **LIBERDADE AINDA QUE TARDIA**: Plano de Governo. Minas Gerais, 2018.

APÊNDICE A - QUESTÕES EFETUADAS DURANTE ENTREVISTAS COM GESTORES DA SEPLAG

Questões

1. Quais experiências com o modelo de OSs serviram de referência para sua utilização pelo atual governo? Foi feita uma avaliação formal de tais experiências, ou seja, há algum documento nesse sentido? Se sim, quem se envolveu no processo?
2. Existe um plano de contratualização de hospitais em MG? Se sim, como ele é estruturado.
3. O atual contexto (pandemia + agravamento da crise fiscal) tem algum impacto no processo?
4. Como foram definidos e negociados os critérios de incentivo e sanções junto a FHEMIG? (Os indicadores e metas de resultados)
5. Existem preocupações quanto à problemas de comportamentos inadequados das organizações contratadas para o alcance de metas a qualquer custo? Se sim, quais são as medidas tomadas para evitar esse tipo de problema (Alguma sanção em caso de manipulação de resultados)? Existem incentivos não-financeiros, por exemplo?
6. Como será feito o acompanhamento/monitoramento do CG firmado junto à FHEMIG?
7. Qual foi a reação dos funcionários da FHEMIG à proposta/intenção de proceder à contratualização? Como a questão foi tratada?

ANEXO A - RELAÇÃO DE ENTREVISTADOS**SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (SEPLAG-MG)**

CARGO: Superintendente Central de Parcerias com Terceiro Setor

NOME: Eduardo Campos

Entrevista realizada por vídeo-chamada em 19/06/2020 e 26/06/2020

CARGO: Diretor Central de Contratos de Gestão

NOME: André Veloso

Entrevista realizada por vídeo-chamada em 19/06/2020 e 26/06/2020