



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



FLÁVIA GOMES FERNANDES DA FONTE

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE EM PERNAMBUCO: UMA ANÁLISE DAS
AÇÕES DE CONTROLE INTERNO DA SES/PE SOBRE OS INSTRUMENTOS
CONTRATUAIS (2009 - 2019)**

RECIFE

2022

FLÁVIA GOMES FERNANDES DA FONTE

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE EM PERNAMBUCO: UMA ANÁLISE DAS
AÇÕES DE CONTROLE INTERNO DA SES/PE SOBRE OS INSTRUMENTOS
CONTRATUAIS (2009 - 2019)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Área Acadêmica de Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Raquel Santos Oliveira;

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Heloísa Maria Mendonça de Moraes

RECIFE

2022

FLÁVIA GOMES FERNANDES DA FONTE

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE EM PERNAMBUCO: UMA ANÁLISE DAS
AÇÕES DE CONTROLE INTERNO DA SES/PE SOBRE OS INSTRUMENTOS
CONTRATUAIS (2009 - 2019)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Área Acadêmica de Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovado em: 06/12/2022.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Raquel Santos Oliveira
Área Acadêmica de Saúde Coletiva - AASC

Prof^a. Dr^a. Heloísa Maria Mendonça de Moraes
Área Acadêmica de Saúde Coletiva - AASC

Prof^a. Dr^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Área Acadêmica de Saúde Coletiva - AASC

Prof^a. Dra. Maria do Socorro Veloso de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE

AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai de infinita bondade, pela nova oportunidade de crescimento moral e intelectual. A Jesus, amigo e condutor das nossas vidas, pela presença em todos os momentos trazendo luz aos caminhos percorridos.

Ao meu esposo Fábio, meu amor, pelo carinho, calma, paciência e apoio incansáveis no dia a dia, durante todo o período de elaboração do estudo.

À minha filha Alice, luz que ilumina meus dias, pelo carinho, bilhetes amorosos em meus cadernos, pela companhia nas noites de estudo e de escrita e pela alegria que deixa nossas vidas mais leves.

Aos meus pais, Lucy e José Ruy, pela perseverança e paciência incansáveis na arte de me educar com amor, abnegação e disciplina.

Aos meus irmãos, sobrinho, sogro e sogra, pela empatia, apoio e compreensão.

À minha orientadora Raquel Santos de Oliveira, pela orientação segura, crítica e construtiva; pelos novos conhecimentos mostrados; pela nova forma de visualizar o mundo, mostrando novos caminhos que podem ser percorridos e, principalmente, pela dedicação, compreensão e amizade, sendo essa última construída a cada reunião de orientação.

À Professora Heloísa Mendonça, responsável pela minha co-orientação, pela oportunidade em compartilhar sua vasta experiência nos estudos do campo da saúde coletiva contribuindo com indagações, análises e provocando a busca pela análise para além dos dados objetivos.

A todos os colegas do mestrado de Saúde Coletiva, pelo compartilhamento de suas histórias de vida e pela motivação para o alcance dessa titulação.

Aos amigos Christiane, Rafaela, Alexandra, Liane, Jocélia, Joads, Regina e todos aqueles que, de um modo ou de outro, contribuíram para a concretização deste estudo.

Aos secretários do Programa, Moreira e Afonso, pela atenção dedicada.

À Professora Adriana Falangola, pelo incentivo à realização do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pela confiança e parceria no trabalho junto aos estudantes de graduação, pela simpatia e por suas preciosas contribuições.

E, por último, a todos os docentes da Pós-graduação em Saúde Coletiva pelo conhecimento compartilhado que muito contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional.

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo.” (FREIRE, 1979, p.84)

RESUMO

A pesquisa explorou aspectos concernentes às ações de controle interno pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco direcionada aos contratos de gestão estabelecidos com as Organizações Sociais da Saúde, considerando os desdobramentos desde a Reforma do Aparelho do Estado desencadeada nos anos de 1994/1995 e o cenário que se instala no estado de Pernambuco na última década. Nesse contexto, as Organizações Sociais sem fins lucrativos compõem um modelo dito de parceria entre Estado e sociedade, criado para absorver as atividades públicas não-estatais. Esse arranjo vem permitindo a retirada de normas e controles próprios do âmbito da administração pública ao flexibilizar a gestão com a justificativa de oferecer serviços com qualidade. No âmbito da saúde, o poder público, através do controle interno, tem o dever constitucional de fiscalizar os contratos de gestão com as Organizações Sociais da Saúde a fim de garantir a defesa do interesse público e prevenir irregularidades. Entretanto, convém considerar que pesquisas empíricas realizadas em âmbito nacional vêm demonstrando transferências expressivas de recursos financeiros concernentes a execução da prestação de serviços via Organizações Sociais da Saúde em um contexto de ações de controle interno ineficientes no âmbito do poder público, além de falta de comprometimento do poder público e das referidas entidades no que diz respeito à transparência dos instrumentos contratuais e sua prestação de contas. Analisar as ações de controle interno sobre os contratos de gestão estabelecidos entre as Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e as Organizações Sociais da Saúde para a administração da rede hospitalar do estado, no período de 2009 a 2019. Estudo descritivo e exploratório, que utiliza a abordagem quantitativa e qualitativa, fundamentado em fontes documentais e em dados secundários de domínio público. Os aspectos jurídico-legais sobre as Organizações Sociais da Saúde foram levantados nos âmbitos federal e estadual e na literatura sobre o tema. Os hospitais sob gestão de Organizações Sociais da Saúde foram caracterizados quanto à localização, estrutura e capacidade instalada. Na sequência, as Organizações Sociais da Saúde foram analisadas no tocante a sua origem, natureza jurídica e estatuto social. Os instrumentos contratuais estabelecidos entre a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e as Organizações Sociais da Saúde foram avaliados à luz da legislação vigente, nos níveis federal e estadual, cujos resultados foram analisados de forma interpretativa, contextualizada e crítica. Para essa análise, foram utilizados como referência os objetos contratuais, os prazos de vigência, as supressões e acréscimos financeiros e as metas assistenciais. O estudo observou que doze hospitais encontravam-se sob o modelo de gestão por Organizações Sociais da Saúde no período de 2009 a 2019 mediante 12 contratos e 159

termos aditivos estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e sete Organizações Sociais da Saúde. Essas sete entidades são filantrópicas, contratadas a partir de processos de seleção pública, possuem sede em Pernambuco, sendo duas de origem religiosa e uma participante do sistema privado da saúde. Na análise instrumentos contratuais, os resultados evidenciaram a inobservância de preceitos legais de parte dos responsáveis pelo controle interno dos contratos de gestão, seja no estabelecimento desses, seja na formalização dos respectivos termos aditivos. Além disso, é possível afirmar que o poder executivo em Pernambuco não evitou a reincidência de faltas administrativas que vão de encontro à legislação em vigor tais como a existência de objetos de teor genérico, termos aditivos em desacordo ao objeto do contrato, a prática da quarteirização de serviços, acréscimos financeiros e prorrogações de vigência acima do previsto em lei. Nesse contexto, o deficiente processo de monitoramento pelas instâncias competentes vem resultando em crescente transferência de recursos financeiros para empresas privadas e favorecimento de interesses mercadológicos. Esse estudo evidenciou que simultaneamente à tendência expansionista de práticas do modelo de gestão por Organizações Sociais da Saúde se fazem presentes distorções inquestionáveis no processo de controle interno pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, que não vem garantindo a defesa do interesse público. Desse modo, o aumento de entidades filantrópicas qualificadas como Organizações Sociais da Saúde com contratos de gestão, vem possibilitando a transferência expressiva de parcelas do fundo público a essas empresas privadas, mesmo quando irregularidades são apontadas e reiteradas pelos órgãos de controle externo. A atuação da sociedade enquanto controle social sobre a eficiência e a qualidade dos serviços prestados pelas Organizações Sociais da Saúde deve se fazer presente e fortalecida, sempre, nos espaços representativos de defesa do interesse público.

Palavras-chave: organizações sem fins lucrativos; regulação e fiscalização em saúde; gestão em saúde; privatização; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The research explored aspects concerning the Pernambuco State Health Department internal control actions directed to the management contracts established with Social Health Organizations, considering the developments since the Apparatus State Reform triggered in the 1994/1995 years and the scenario that settles in the Pernambuco state in the last decade. In this context, non-profit Social Organizations make up a so-called model of partnership between State and society, created to absorb non-state public activities. This arrangement has allowed the removal of rules and controls specific to the scope of public administration by making more flexible management with the justification of offering quality services. In the field of health, the public power, through internal control, has a constitutional duty to inspect management contracts with the non-profit Social Organizations in order to guarantee the defense of the public interest and prevent irregularities. However, it should be considered that empirical research carried out at the national level has demonstrated significant transfers of financial resources concerning the execution of the provision of services via Social Health Organizations in a context of inefficient internal control actions within the scope of the public power, in addition to a lack of commitment of the public authorities and the aforementioned entities with regard to the transparency of contractual instruments and their accountability. To analyze the internal control actions on the management contracts established between the Pernambuco State Health Department and Social Health Organizations for state hospital administration, from 2009 to 2019. Descriptive and exploratory study, which uses a quantitative and qualitative approach, based on documentary sources and secondary data in the public domain. The legal aspects of Social Health Organizations were raised at the federal and state levels and in the literature on the subject. Hospitals managed by Social Health Organizations were characterized in terms of location, structure and installed capacity. Subsequently, the Social Health Organizations were analyzed in terms of their origin, legal nature and social status. The contractual instruments established between the Pernambuco State Health Department and the Social Health Organizations were evaluated in light of current legislation, at the federal and state levels, whose results were analyzed in an interpretive, contextualized and critical way. For this analysis, the contractual objects, the terms of validity, the deletions and financial additions and the assistance goals were used as reference. The study observed that twelve hospitals were under the management model by Social Health Organizations from 2009 to 2019 through 12 contracts and 159 additive terms established by the state secretaria and seven Social Health Organizations. These seven entities are philanthropic, hired through public selection processes,

headquartered in Pernambuco, two of which are of religious origin and one is a participant in the private health system. In the contractual instruments analysis, the results showed the non-observance of legal precepts on the part of those responsible for the internal control of management contracts, whether in the establishment of these, or in the formalization of the respective addendum terms. In addition, it is possible to affirm that the Pernambuco executive power did not prevent the recurrence of administrative faults that go against the legislation in force, such as the existence of objects of a generic content, additive terms in disagreement with the object of the contract, the practice of quarterization of services, financial additions and extensions of validity above that provided for by law. In this context, the deficient monitoring process by the competent institutions has resulted in an increasing transfer of financial resources to private companies and favoring market interests. This study showed that, simultaneously with the expansionist tendency of practices of the management model by Social Health Organizations, unquestionable distortions are present in the process of internal control by the Pernambuco State Health Department, which has not been guaranteeing the defense of the public interest. Thus, the increase in philanthropic entities qualified as Social Health Organizations with management contracts has made it possible to transfer significant portions of the public fund to these private companies, even when irregularities are pointed out and reiterated by external control institutions. The role of society as social control over the efficiency and quality of services provided by Social Health Organizations must always be present and strengthened in representative spaces for the defense of the public interest.

Keywords: non-profit organizations; regulation and inspection in health; health management; privatization; Health Unic System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Legislação nos âmbitos federal e do estado de Pernambuco e respectivas finalidades.....	37
Quadro 2 -	Entidades gerenciadoras de OSS e respectivos sítios eletrônicos.....	39
Mapa 1 -	Distribuição de rede hospitalar própria estadual do SUS em Pernambuco, 2019	44
Mapa 2 -	Distribuição de hospitais sob gestão de OSS em Pernambuco, 2019.....	45
Quadro 3 -	Distribuição dos hospitais administrados por OSS segundo Macrorregional, Regional de Saúde e Município de localização. Pernambuco, 2019.....	45
Quadro 4 -	Nível de complexidade e perfil assistencial hospitalar segundo estabelecimento sob gestão de OSS. Pernambuco, 2009 – 2019.....	47
Quadro 5 -	Caracterização das Organizações Sociais da Saúde (OSS) com contratos de gestão, segundo origem institucional. Pernambuco, 2009 – 2019.....	54
Quadro 6 -	Caracterização das Organizações Sociais da Saúde (OSS) segundo a qualificação e suas renovações. Pernambuco, 2009 - 2019.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de leitos hospitalares segundo estabelecimento gerido por OSS. Pernambuco, 2019.....	46
Tabela 2 -	Produção ambulatorial e hospitalar dos hospitais sob gestão de OSS segundo o ano de aprovação. Pernambuco, 2009 - 2019.....	50
Tabela 3 -	Recursos referentes à produção ambulatorial e hospitalar aprovada dos hospitais sob gestão de OSS. Pernambuco, 2010 - 2019.....	51
Tabela 4 -	Recursos repassados pela SES/PE às OSS com contrato de gestão na rede hospitalar. Pernambuco, 2009 - 2019.....	60
Tabela 5 -	Distribuição dos contratos de gestão da SES/PE e respectivos termos aditivos segundo a OSS contratada e o hospital. Pernambuco, 2009 – 2019.....	64
Tabela 6 -	Distribuição dos objetos dos termos aditivos aos contratos de gestão segundo hospital sob gestão de OSS. Pernambuco, 2009 - 2019.....	87
Tabela 7 -	Caracterização dos contratos de gestão para as OSS do estado de Pernambuco segundo acréscimos e supressões financeiras. Pernambuco, 2009 – 2019.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BID	Banco Interamericano de desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
CSL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DOE	Diário Oficial do Estado
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAV	Fundação Altino Ventura
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMSA	Fundação Manoel da Silva Almeida
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GERES	Gerência Regional de Saúde
HDH	Hospital Dom Helder Câmara
HDM	Hospital Dom Malan
HEC	Hospital Ermírio Coutinho
HJMO	Hospital João Murilo de Oliveira
HMA	Hospital Miguel Arraes
HMV	Hospital Mestre Vitalino
HPS	Hospital Pelópidas Silveira
HREC	Hospital Regional Emília Câmara
HRFB	Hospital Regional Rui de Barros Correia

HRPSM	Hospital Regional de Palmares Dr. Sílvio Fernandes Magalhães
HRRBC	Hospital Regional Ruy de Barros Correia
HSS	Hospital São Sebastião
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
MAC	Média e Alta Complexidade
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSC	Organizações da Sociedade Civil
OSS	Organizações Sociais da Saúde
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PE	Pernambuco
PIS	Programa Integração Social
PPP	Parcerias público-privadas
PSB	Partido Socialista Brasileiro
RJ	Rio de Janeiro
RMR	Região Metropolitana do Recife
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SP	São Paulo
SPCC	Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União

TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UPAE	Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	OBJETIVO GERAL.....	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3	BASES CONCEITUAIS DA PESQUISA.....	23
3.1	A CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E A REFORMA DO ESTADO NO BRASIL.....	23
3.2	O PROJETO DE PUBLICIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS NÃO-EXCLUSIVOS E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS.....	26
3.3	O PAPEL REGULADOR DO ESTADO E O CONTROLE SOBRE DOS CONTRATOS DE GESTÃO.....	33
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	36
4.1	TIPO DO ESTUDO.....	37
4.2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	37
4.3	PLANO DE ANÁLISE.....	40
5	(DES) CONTROLE DOS CONTRATOS DE GESTÃO COM AS OSS: UMA REALIDADE DO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE EM PERNAMBUCO.....	42
5.1	REDE HOSPITALAR DE PERNAMBUCO ADMINISTRADA POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE, NO PERÍODO DE 2009 A 2019.....	42
5.2	CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE PRESENTES NA REDE HOSPITALAR DE PERNAMBUCO.....	51
5.3	OS CONTRATOS DE GESTÃO E OS TERMOS ADITIVOS: UMA ANÁLISE À LUZ DA LEGISLAÇÃO APLICADA.....	61
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICE A - TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS OBJETOS DOS TERMOS ADITIVOS SEGUNDO UNIDADE HOSPITALAR GERIDA POR OS. PERNAMBUCO, 2009-2019.....	87
	APÊNDICE B - PROPOSTA DO ARTIGO.....	89

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa pretendeu explorar aspectos concernentes à regulação pela administração pública direcionada aos contratos de gestão estabelecidos entre a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e as Organizações Sociais da Saúde (OSS), considerando os desdobramentos desde a Reforma do Aparelho do Estado e o cenário que se instala no estado na última década.

Em 1997, no conjunto das propostas do recém-criado Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) – no contexto da Reforma do Estado do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) - são criadas as Organizações Sociais (OS). Essas OS foram instituídas em 1998 pela Lei Federal nº 9.637 e passaram a atuar nas atividades voltadas às áreas do ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde (BRASIL, 1998a).

Segundo seus idealizadores, as OS compõem um modelo de organização pública não-estatal tendo sido criadas para absorver as atividades públicas mediante qualificação pelo poder executivo, mantendo com a administração pública o que denominam de parceria entre Estado e sociedade. Esse arranjo permitiria a retirada de normas e controles próprios do âmbito da administração pública ao flexibilizar a gestão com a finalidade de oferecer serviços com qualidade (BRASIL, 1997). Entretanto, essa relação do Estado com as organizações sem fins lucrativos remonta a modelos de regulação anteriores, nos quais se faziam presentes as subvenções, imunidades e isenções.

A propósito, ao se analisar historicamente o desenvolvimento da política de assistência social, percebe-se que as congregações religiosas e as classes dominantes mantenedoras de organizações sociais sem fins lucrativos, tradicionalmente dominaram o setor de filantropia no Brasil. Criou-se um convívio do público e do privado na assistência, mantida por relações de subsidiariedade, presidida por princípios cristãos de caridade e estimulada a introduzir determinadas respostas sociais por meio de copatrocínio do fundo público para as ações de entidades beneficentes (MESTRINER, 2008, p. 287).

Nos anos noventa, com a inserção constitucional da assistência social como política pública efetivadora de direitos sociais, tem-se um embate na reformulação da relação do Estado com as organizações sem fins lucrativos. Essa mudança legal e organizacional vai reproduzir mecanismos do passado em um presente que se pretende democrático, público e garantidor dos

direitos. Novas formas serão agregadas às atuais, ampliando sempre benefícios, isentando de taxas e tributos e atribuindo novos registros/certificados (MESTRINER, 2008, p. 295).

Para Bresser Pereira (BRASIL, 1997), um dos principais ideólogos da Reforma, os serviços executados pelas OS seriam otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível e orientados para o cliente-cidadão mediante controle social. Contudo, foi aventada uma clara intenção do legislador em fugir ao regime jurídico da administração pública e permitir que o serviço público fosse prestado sob o sistema de direito privado que não possui exigências como licitação, concurso público e controle (DI PIETRO, 2022, p. 334).

Sob essas condições, o Estado passou a fomentar com recursos públicos essas entidades privadas ditas sem fins lucrativos, cujo controle e regulação ocorreriam por meio de instrumentos jurídicos denominados contratos de gestão. No caso específico do setor saúde, essas entidades foram chamadas de OSS e provocaram relevantes discussões sobre seu papel na configuração do sistema de saúde brasileiro.

Autores como Moraes et al (2018) analisam que as OSS são consideradas como um dos padrões de apresentação do denominado “terceiro setor” e emergiram como uma nova modalidade voltada à função social de gestão e provisão de serviços de saúde, vinculadas ao modelo das parcerias público-privadas (PPP), marca recorrente em processos de Reforma do Estado nas democracias contemporâneas. Contudo, não existem estudos que demonstrem claramente se as PPP são mais eficientes e custo-efetivas que a provisão pública direta de serviços (ALMEIDA, 2017).

Com a criação das OSS não foram poucas nem óbvias, as transformações na base física, na organização das demandas, no volume e destino de recursos financeiros para o subsistema privado e tampouco na legislação que as legitimou (BAHIA, 2009). Nesse mesmo sentido, Sodré e Bussinguer (2018, p. 43) afirmam que dispositivos jurídicos foram criados permitindo amplo poder de recebimento de capital público e captação de recursos estatais como sua única e principal forma de sobrevivência.

Ainda existem autores como Di Pietro (2022, p. 337) e Bandeira de Mello (2015, p. 244) que criticam o modelo das OS quanto a questões específicas que envolvem a discricionariedade do poder público na qualificação das entidades, a dispensa de licitação para a seleção da OS a ser contratada e o regime jurídico atribuído aos contratos de gestão.

Nessa discussão, ainda cabe destacar o papel da fiscalização e do controle dos contratos de gestão como parte importante do conjunto de ações do poder regulador do Estado. Esse controle acontece quando os órgãos ou agentes da administração realizam a fiscalização constante e efetiva da execução dos serviços previstos nos instrumentos contratuais com o objetivo de evitar desvios e arbitrariedades. Assim, o controle possuiria como finalidade salvaguardar o interesse público, ao representar os anseios e demandas da coletividade (CARVALHO FILHO, 2019, p. 40 e 41).

Ainda no que se refere ao controle, as ações sobre a prestação dos serviços pelas OSS devem ser realizadas pelas instâncias de controle interno do órgão supervisor do contrato de gestão. Para a atuação do controle de forma eficiente, o instrumento contratual deve possuir metas que efetivamente reflitam os objetivos do contrato e deve facultar ao poder público a solicitação de dados específicos sobre a execução dos serviços. Desse modo, o acompanhamento do contrato evitaria possíveis desvios ao garantir um maior conhecimento sobre as ações contratuais em curso (COSTA, 2019, p.116).

Em anos recentes, tem-se registrado no interior do setor público questionamentos importantes acerca do desempenho das OSS. Ainda assim, em 2015, após vinte anos de sua criação, essas organizações foram consolidadas legalmente por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), ao considerar as parcerias com a iniciativa privada como “opções constitucionalmente admitidas para a prestação de serviços públicos” (BRASIL, 2015). Ora, se a CF define a supremacia do direito fundamental à saúde (BRASIL, 1988), essa interpretação do STF poderia ser entendida como um apelo à inversão da lógica constitucional vigente.

Na literatura nacional há estudos dirigidos ao debate das questões mais pertinentes relativas à implantação e expansão da publicização de serviços não-exclusivos, particularmente no setor saúde, tanto pela União quanto por estados e municípios, com ênfase nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo. Assim, não são poucas as evidências empíricas que apontam para a relevância do tema, seja porque a prestação dos serviços não possui regulação adequada, ou pela expressividade dos montantes financeiros transferidos às OSS, ou pela forma de contratação de profissionais para a execução dos planos de trabalho, ou ainda pela falta de transparência dos instrumentos contratuais e sua prestação de contas (IBANEZ et al, 2001; BARBOSA e ELIAS, 2010; TURINO, 2016; MORAIS et al, 2018; RAVIOLI, SOÁREZ E SCHEFFER, 2018; PINTO e AMARAL, 2018, p. 145; FERNANDES, 2018, p. 115; ZAGANELLI e BUSSINGUER, 2018, p. 89; SODRÉ e BUSSINGUER, 2018, p. 64).

O estado de São Paulo, um dos pioneiros na implantação do modelo de gestão por OSS - com sua legislação e as primeiras qualificações datadas de 1998 - até hoje se destaca pela maior rede de saúde com contratação de serviços pelo setor público via OSS. Nesse estado, a expansão desse modelo de gestão foi marcada pela presença de contratos de gestão para equipamentos de saúde em vários níveis de atenção, pelo expressivo volume de recursos transferidos às OSS pelos contratos de gestão e pela deficiência na publicização das informações (MORAIS et al, 2018).

Em Pernambuco, a implantação do sistema de publicização de serviços não-exclusivos teve início no ano 2000. No setor saúde, cuja rede hospitalar tem importante participação do setor privado, sua operacionalização apenas será iniciada em 2009, no governo Eduardo Campos, mediante a formalização do primeiro contrato de gestão. A partir de então, o caminho adotado pelos gestores públicos para ampliação da oferta da atenção à saúde no SUS tem ocorrido pela expansão dos contratos com o setor privado, com destaque para as OSS.

Até 2019, ainda era escassa a discussão teórica e empírica acerca do controle público sobre os contratos de gestão em Pernambuco (PACHECO, 2016; LEITE, 2014; XIMENES, 2015), mesmo considerando a expansão do modelo no estado e para gestões municipais, além da inclusão nesse modelo de prestação de outros equipamentos de saúde, tais como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) e os hospitais.

Ante o exposto, esse estudo objetivou revelar a realidade de forma crítica, contextualmente situada, buscando apontar e analisar as evidências concernentes ao processo regulatório executado pelo Estado a partir dos contratos de gestão com as OSS para a rede hospitalar. Entende-se que a regulação, pautada constitucionalmente na defesa do interesse público, define as diretrizes para as transferências de recursos públicos às OSS pelo Estado.

Nessa direção, a pergunta que se coloca é: tomando em conta os instrumentos contratuais à luz da legislação vigente, como se apresentam as ações de controle interno da SES/PE para com as OSS presentes na rede hospitalar própria do SUS no estado de Pernambuco?

Este trabalho se justifica por todas as razões expostas, mas, fundamentalmente, pela escassez de estudos em Pernambuco dirigidos à análise das ações de controle interno do poder público sobre os contratos de gestão, ações essas compreendidas como um dever constitucional e legalmente atribuído ao Estado. O não cumprimento dos processos regulatórios pelo poder

público contribui para o uso indevido dos recursos públicos e ao desenvolvimento de práticas privatistas que se opõem aos princípios do SUS e, por conseguinte, ao interesse público.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as ações de controle interno sobre os contratos de gestão estabelecidos entre a SES/PE e as OSS para a administração da rede hospitalar do estado, no período de 2009 a 2019.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os hospitais públicos do Estado de Pernambuco sob gestão das OSS sob o ponto de vista de sua estrutura, perfil assistencial, oferta de serviços e atendimentos realizados;
- Caracterizar as OSS contratadas pela SES/PE para a gestão dos hospitais próprios do SUS, analisando a constituição jurídica, assim como a origem e o volume de recursos públicos recebidos no período;
- Analisar as ações de controle interno, considerando aspectos jurídicos e administrativos que embasam os contratos de gestão e seus respectivos termos aditivos, bem como suas repercussões para a garantia do interesse público.

3 BASES CONCEITUAIS DA PESQUISA

Nessa seção pretende-se, a partir da crise estrutural do capital iniciada nos anos 1970, discutir as mudanças geradas pela agenda neoliberal no tocante à redução do papel intervencionista do Estado e à expansão do mercado privado. Essa agenda trouxe mudanças importantes no campo das políticas sociais, seja pela reforma do aparelho administrativo do Estado, seja pela crescente transferência de recursos públicos mediante a privatização dos serviços estatais. Na saúde pública, a principal mudança foi a privatização da gestão de unidades da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do modelo de gestão por OSS. Esta estratégia neoliberal de expansão do mercado no setor público da saúde, prevê um aparato regulatório cujos controles sejam eficientes para salvaguardar o interesse público.

3.1 A CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E A REFORMA DO ESTADO NO BRASIL

A grande crise do modelo econômico do pós-guerra (década de 1970), que se estende até os dias atuais, foi iniciada quando todo o mundo capitalista avançado caiu numa longa e profunda recessão, combinando, pela primeira vez, baixas taxas de crescimento e com altas taxas de inflação. Essa crise é compreendida como resultante de um conjunto de variações no regime de acumulação e da forma de regulação do modo de produção capitalista (ANDERSON, 1995, p. 10; MONTAÑO, 2011, p. 180; BOYER, 2009, p. 12).

Para isso, compreende-se que o sistema capitalista é muito dinâmico e inevitavelmente expansível que gera uma força permanentemente revolucionária, a qual, incessante e constantemente, reforma o mundo. Segundo Marx, no capitalismo, o crescimento harmonioso ou equilibrado é inteiramente acidental, devido à natureza espontânea e caótica da produção de mercadorias sob o capitalismo competitivo (HARVEY, 2005, p.44).

Para Harvey (2005, p.44), a análise de Marx sobre esse sistema de produção de mercadorias o levou à percepção de que há diversas possibilidades de ocorrência de crises, assim como à percepção de certas tendências inerentes ao capitalismo que produzem graves tensões no processo de acumulação. Tais crises impõem algum tipo de ordem e racionalidade no desenvolvimento econômico capitalista. Essa racionalização apresenta um custo social e provoca trágicas consequências humanas na forma de falência, colapsos financeiros, desvalorização forçada de ativos fixos e poupanças pessoais, inflação, concentração crescente de poder econômico e político em poucas mãos, queda dos salários reais e desemprego.

Entre as condições para o aumento da capacidade de absorção de produtos, considerando que nesse contexto produto se traduz em capital, encontra-se a expansão geográfica para novas regiões, incrementando o comércio exterior, exportando capital, e em geral, expandindo-se rumo à criação do que Marx denominou de “mercado mundial” (HARVEY, 2005, p.48).

A confluência de diversas novas configurações, que caracterizam o renovado cenário do capitalismo mundial, vem demandando e permitindo as mudanças que redefinem uma nova hegemonia do capital financeiro no contexto de crise e mundialização do capital (MONTAÑO, 2011, p. 180).

A expressão “mundialização do capital” traduz a capacidade estratégica de todo grande grupo oligopolista, voltado à produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, um enfoque e conduta globais. A integração internacional dos mercados financeiros resulta, sim, da liberalização e desregulamentação que levaram à abertura dos mercados nacionais e permitiram sua interligação em tempo real (CHESNAIS, 1996, p. 17).

Segundo Chesnais (1996, p. 18), o adjetivo “global” surge no início dos anos 80 sendo popularizado nas obras e artigos dos consultores de estratégia de marketing. Sua estreia a nível mundial ocorreu pelo viés da imprensa econômica e financeira de língua inglesa, em pouquíssimo tempo invadiu o discurso neoliberal.

A palavra globalização ou mundialização aplica-se à economia mundial e, nesse contexto, é entendida como relações políticas de rivalidade, dominação e de dependência entre Estados. A mundialização do capital e a pretensão do capital financeiro de dominar o movimento do capital em sua totalidade, acentuam a hierarquização entre os países, ao mesmo tempo que redesenham sua configuração. Nas relações políticas, entendidas pelo autor como relações internas às burguesias imperialistas, a mundialização foi acompanhada pelas modificações nessas relações (CHESNAIS, 1996, p. 17).

Como financiador da dívida dos países da América, os Estados Unidos são apontados por Mészáros (2011, p. 27) e Boyer (2009, p. 87) como hegemônico na expansão do capital. Fato que permite uma análise acerca da intervenção realizada por instituições norte-americanas na economia e na estratégia de governo no Brasil nas décadas de 80 e 90.

Na historiografia econômica do Brasil, cabe lembrar o curto período que compreende a chamada “Nova República” (1985-89) a qual representou um conjunto de experiências malsucedidas de estabilização da inflação no país em que foram lançados nada menos que três

planos de estabilização: o Plano Cruzado, em 1986; o Plano Bresser, em 1987; e o Plano Verão, em 1989. Embora frustrantes do ponto de vista do combate à inflação, esses planos colaboraram para que se verificassem momentos de rápido crescimento. De fato, a expansão acumulada do produto no período de 1985-89 foi de 24%, concentrados nos dois primeiros anos. As contas fiscais e externas, porém, se deterioraram fortemente ao longo do período (CASTRO, 2011a, p.115).

O Consenso de Washington de 1989 foi o ponto de partida formal para a inserção brasileira na dinâmica neoliberal, que vinculou à política internacional do Brasil as relações com diretrizes de organizações financeiras como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional – FMI (SOUZA, 2020).

Cabe pontuar, que o neoliberalismo chegou à América Latina pela via da luta contra a inflação e, por meio dela, da crítica ao Estado, apontado como o responsável pelo desequilíbrio monetário, além de outros problemas, como o bloqueio à livre circulação de capitais, a ineficiência administrativa, a corrupção, o atraso e a excessiva tributação. Cada país repetiu, à sua maneira, o ideário neoliberal. No Brasil, pode ser evidenciado no governo social-democrata por Fernando Henrique Cardoso (SADER, 2013, p. 136).

A primeira metade dos anos de 1990 marca a posse do primeiro presidente eleito pelo voto direto no Brasil, fato que não ocorria no país desde 1961. No início de 1990, a inflação havia ultrapassado 80% ao mês e a economia, que crescera a uma taxa média em torno de 7% entre 1930-80, desde meados de 1980 se encontrava estagnada. Nesse contexto, é eleito, pelo voto direto, Fernando Collor de Mello. As reformas propostas por Collor, de fato, introduziram uma ruptura com o modelo brasileiro de crescimento com elevada participação do Estado e proteção tarifária. Embora os primeiros passos tenham sido dados na gestão Collor, o processo só se aprofundou no governo seguinte - 1º Governo Fernando Henrique Cardoso, 1995-98 (CASTRO, 2011b, p.132).

Segundo Almeida (1999), as ações propostas para os processos de reforma, na perspectiva neoliberal, foram construídas partindo da necessidade de reduzir o desequilíbrio fiscal a fim de criar condições macroeconômicas mais sustentáveis, sendo estas centradas em esforços para reduzir a intervenção do poder público; isolar o Estado às pressões dos interesses particulares; pautar-se por regras e não por decisões discricionárias; e delegar decisões às agências independentes que não tenham incentivos para renderem-se a pressões políticas.

Segundo os idealizadores da Reforma do Estado, com destaque para Bresser Pereira (1998), a realização das atividades exclusivas do Estado e, principalmente, a oferta dos serviços sociais de educação e saúde demonstrava ser ineficiente e incapaz de atender com qualidade às demandas dos cidadãos-clientes. O modelo gerencial ou nova gestão pública é considerado um normativo pós-burocrático para a estruturação e a gestão da administração pública baseado em valores de eficiência, eficácia e competitividade (SECCHI, 2009). Assim, diante dessa perspectiva reformista, houve a necessidade de mudanças na administração pública burocrática a qual seria gradativamente substituída por uma administração pública gerencial.

Entretanto, Eli Diniz (1997, p. 123) aponta que a noção de eficácia do Estado, muito defendida pelos reformistas, não implica em apenas questões ligadas à competência e eficiência da máquina estatal, mas também em aspectos ligados à sustentabilidade política das decisões e à legitimidade dos fins que se pretende alcançar através da ação governamental.

No Brasil, a implantação da proposta de uma nova administração pública, agora gerencial, iniciou-se com a elaboração e implementação de modelos de gestão em que estava prevista a substituição gradativa do estado na execução das atividades fins por organizações sem fins lucrativos. Entre esses projetos destacou-se a Publicização dos Serviços Públicos Não-exclusivos e as Organizações Social.

3.2 O PROJETO DE PUBLICIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS NÃO-EXCLUSIVOS E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Na proposta neoliberal, o Estado, além de não executar diretamente determinados serviços sociais, permitindo que a iniciativa privada os execute, poderá fomentá-la com recursos financeiros, principalmente, o “terceiro setor”, para que os exerça (VIOLIN, 2015, p. 45).

Di Pietro (2022, p. 334) aponta que os teóricos da Reforma do Estado denominaram como terceiro setor aquele composto por entidades da sociedade civil que exercem atividades de interesse público e não lucrativas. Segundo Costa (2019, p. 31), essas entidades constituem pessoas privadas de regime associativo ou fundacional, constituídas por particulares para realização de atividades voltadas ao interesse coletivo e desprovidas de interesses econômicos relacionados à aferição de lucro, às quais poderão obter credenciamentos (títulos ou certificados) que lhes possibilitem acesso a benefícios (ou incentivos) fiscais e repasse públicos. Nesse grupo de entidades, estão incluídas as Organizações Sociais.

Para Violin (2015, p. 45), os serviços sociais devem, obrigatoriamente, ser exercidos pelo Estado, sob o regime de direito público, como serviços públicos sociais. Esses diferem dos serviços públicos privativos, uma vez que estão privativamente de titularidade do Estado, prestados diretamente pelo poder público ou mediante concessão ou permissão de serviços públicos.

Nesse contexto, cabe ressaltar que a CF de 1988 (BRASIL, 1988) definiu que a saúde é um direito social, de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, legitimou os serviços de saúde, educação, de previdência como serviços sobre os quais o Estado não detém titularidade exclusiva, podendo contar com os serviços privados de saúde, com ou sem fins lucrativos, com preferência para estes últimos (BRASIL, 1988; SANTOS, 2015). Com isso, o Estado, além de não executar diretamente determinados serviços sociais, permitindo que a iniciativa privada os execute de forma complementar, poderá fomentá-la com recursos financeiros para que os exerça (VIOLIN, 2015, p.45).

Para Santos (2015) essa complementaridade, que permite ao poder público garantir assistência à saúde à população mediante a conjugação de serviços de titularidade pública com os de titularidade privada, requer análise sobre a sua natureza, uma vez que essa complementação tanto poderá ser realizada por entidades privadas lucrativas como por entidades sem fins lucrativos, não havendo distinção entre elas no tocante ao objeto da prestação dos serviços. Ambas podem prestar os mesmos serviços, remunerados pelos mesmos valores, desde que os tenham e atendam aos requisitos técnicos impostos pela administração pública e se submetam às suas diretrizes quanto ao seu funcionamento.

Na esfera federal, a criação do Programa Nacional de Publicização ocorreu simultaneamente à autorização da qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organização Social (OS). De acordo com a Lei nº 9.637/1998 (BRASIL, 1998a), poderão ser qualificadas como OS as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendendo aos requisitos previstos nesta norma geral. Além disso, essa publicação também definiu o contrato de gestão como o instrumento para a formação das ditas parcerias entre a administração pública e as OS.

Desde sua criação, a atuação das OS no âmbito da administração pública foi bastante

discutida no âmbito jurídico e acadêmico. Autores como Modesto (1997) entendem que as OSS não representam um processo de privatização, por não demonstrarem uma transferência de bens e serviços estatais ao setor privado. Entretanto, Di Pietro (2022, p.7) compreende que as ditas parcerias entre os setores público e privado devem ser consideradas como privatização em sentido amplo, as quais permitem a desregulação, desnacionalização ou desestatização, delegação (concessão/permissão de serviços públicos), os acordos variados com o setor privado por meio de convênios, contratos de gestão e termos de parceria, contratos de prestação de serviços e a chamada terceirização. Entende-se, portanto, que as OSS seriam enquadradas nessa última modalidade. Ainda numa perspectiva jurídica, a privatização seria a transformação de algo que é de regime jurídico público para o regime privado (MORAIS et al, 2018).

As organizações sociais não se tratam de uma nova espécie de pessoa jurídica (LINS, 2018, p. 139). Trata-se, na verdade, de uma qualificação conferida pelo poder público às entidades preexistentes que preenchem os requisitos previstos na Lei nº 9.367/1998 (BRASIL, 1998a). Os referidos requisitos devem ser cumpridos pelas entidades privadas ao habilitarem-se para a qualificação, sendo eles:

- “ I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:*
- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;*
 - b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;*
 - c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquela composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;*
 - d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;*
 - e) composição e atribuições da diretoria;*
 - f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;*
 - g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;*
 - h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;*
 - i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;*
- II - haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado.”*

A qualificação de OS é uma definição discricionária ao poder público e, segundo a legislação (BRASIL, 1998a), conforme conveniência e oportunidade. Por sua vez, sendo uma qualidade adquirida, necessita de um ato formal de reconhecimento, nesse caso um Decreto, que deve ser publicado em Diário Oficial. Esse ato é necessário para o estabelecimento das “parceiras” com o governo para a execução dos serviços públicos não-exclusivos, com dispensa de licitação e sob a regência de contratos de gestão. Com isso, a OS fica, então, apta a receber recursos públicos e administrar bens e equipamentos do estado, mediante cumprimento dos deveres, metas e indicadores contratuais pactuados.

Na literatura, a discussão sobre o processo de qualificação envolve o caráter discricionário do ato pelo poder público, o qual pode ser interpretado como aquele em que o agente administrativo, provido da lei que regula sua conduta, dispõe de certa liberdade para decidir, sendo o modo de atender com a máxima perfeição possível o interesse público (BANDEIRA DE MELLO, 1998). Contudo, deve ser garantida a impessoalidade do processo a fim de neutralizar a discricionariade na escolha da entidade a ser credenciada (COSTA, 2019, p. 40).

Para Sodré e Bussinguer (2018, p. 43) muitas OSS nasceram de grupos empresariais médicos, empresas de equipamentos hospitalares ou mesmo dos grandes e tradicionais grupos filantrópicos, permitindo-lhes a possibilidade de captarem recursos estatais por mais de um registro de pessoa jurídica. A dupla ou tripla forma de captação de recursos estatais demonstra que o nascimento das OSS foi uma alternativa de gestão dos serviços de saúde considerada nova, mas que já nasceu envelhecida.

Nesse sentido, Mestriner (2008, p. 294) afirma que o estado vem agregando outras formas de gestão, pela implantação de microrganismos, ampliando sempre benefícios, isentando de taxas e de tributos e vão sendo compostos modelos aparentemente novos, porém maquiados, mas reprodutores de uma velha relação - encobertos pelo manto da solidariedade - presente na história da assistência social no Brasil.

Considerando o decorrer de vinte anos desde a publicação da Lei de criação das OS e que o processo de publicização de serviços expandiu-se ao longo desses anos, especificamente no campo da saúde, segundo a literatura nacional, houve um aumento expressivo do número de entidades qualificadas como OS (MORAIS et al, 2018; FERNANDES, 2018, p. 124; TURINO, SODRÉ E BAHIA, 2018, p. 72; BARBOSA E ELIAS, 2010; BRAVO, ANDREAZZI E MENEZES, 2013; ANDREAZZI E BRAVO, 2014).

Essa expansão ocorreu para além do âmbito federal. Os estados brasileiros promulgaram suas próprias leis e normas com base na legislação federal e tendo como marco orientador a definição de OS proposta pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Nessa definição, as OS são compreendidas como um modelo de organização pública não estatal destinado a absorver atividades “publicizáveis” mediante qualificação específica, tratando-se de uma parceria entre o Estado e a sociedade e baseada em resultados de desempenho (MORAIS et al, 2018).

Segundo Contreiras e Matta (2015), a saúde foi a principal área de aplicação do modelo de gestão por OSS. Em 2009, foram contabilizadas 15 leis estaduais e 41 municipais. No entanto, era baixo o número de OS contratadas por esfera: seis na federal, 28 na estadual e 15 na municipal. Contudo, no fim dos anos 2000, as OS ressurgiram de forma que, em 2006, o Município de São Paulo promulgou sua lei de OS e, três anos depois, já respondia por sete das 15 OS contratadas na esfera municipal em todo o país. Em 2009, uma inflexão da lei estadual paulista ampliou significativamente o escopo do modelo e a cidade do Rio de Janeiro aprovou sua própria lei. Em 2011, foi a vez do Estado do Rio de Janeiro (CONTREIRAS E MATTA, 2015).

Em Pernambuco, a Lei nº 11.743 (PERNAMBUCO, 2000) foi publicada no ano 2000 e sistematizou a prestação de serviços públicos não exclusivos, dispondo sobre a qualificação das Organizações Sociais. Entretanto, o governo do estado iniciou a operacionalização do modelo de gestão por OS na saúde apenas a partir de 2009. Nesse ano, também foi selecionada a primeira OSS para a qual foi formalizado contrato de gestão pela SES/PE para a gestão de hospital próprio da rede estadual do SUS.

Para a celebração dos contratos de gestão com as OS, a legislação federal (BRASIL, 1998a) não estabeleceu a necessidade de processos de seleção, tornando a qualificação como OS a condição para que as entidades possam executar os serviços públicos não-exclusivos. Entretanto, estados e municípios ao promulgarem suas leis, incluíram, de forma heterogênea, novos procedimentos como a definição de processos seletivos (CONTREIRAS E MATTA, 2015).

A dispensa de licitação pelo poder público para a seleção das OS é uma questão bastante discutida na literatura jurídica e, até o momento, não há consenso entre os autores. Para Costa (2019, p. 57), a constitucionalidade dessa dispensa foi reconhecida pelo STF, em 2010, na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923/DF, que fixou entendimento no sentido da contratação

das OS não se submeterem às regras da licitação, e sim a procedimento específico de seleção, conduzido de forma pública, impessoal e por critérios objetivos, observados os princípios do artigo 37 da Constituição da República. Além disso, reforça que a publicação da Lei Federal nº 9.648/1998 (BRASIL, 1998b) excluiu a necessidade de licitação previamente definida na Lei nº 8.666/1993 (BRASIL, 1993), a fim de possibilitar a celebração direta de contratos de prestação de serviços com as OS.

Contrariamente, Bandeira de Mello (2015, p. 244) e Di Pietro (2022, p. 337) defendem que a absorção do serviço público de saúde pela OS seria inconstitucional uma vez viola o artigo 196 da CF que prevê a saúde como dever do estado. Nessa linha de raciocínio, o dispositivo constitucional exigiria que o Estado executasse diretamente os serviços, cabendo à OS atuar em caráter meramente complementar. Ainda questionam que a ausência de processo licitatório afronta os princípios de legalidade, isonomia e impessoalidade.

Convém apontar que, em 2017, com a publicação do Decreto Federal nº 9.190 (BRASIL, 2017a), foi definida a realização de processo para a seleção das OS a partir de chamamento público, e, também, estabelecidas as etapas e os requisitos para a participação das entidades nesse certame. Em Pernambuco, a legislação específica ao tema não define a necessidade de processo de seleção para as OS.

A execução dos serviços pelas OS, que não são exclusivamente reservados ao aparato estatal, são viabilizados por meio de instrumentos jurídicos denominados contratos de gestão. Com função de proporcionar a transparência a racionalidade estatal, conforme seus idealizadores, tal instrumento prevê que a OS receba do estado incentivos financeiros e bens públicos para executar as atividades previstas em substituição ao órgão público (FERNANDES, 2018, p. 126).

Os contratos de gestão são regidos pela Lei federal nº 9.637/1998 (BRASIL, 1998a) e devem prever as atribuições, responsabilidades e obrigações do poder público e das OS assim como metas de produtividade a serem alcançadas, maximizando a oferta de serviços pelas unidades públicas, contribuindo para a busca pela eficiência, argumento defensor do modelo de gestão com as OS (LINS, 2018, p.152).

A natureza jurídica dos contratos de gestão é mais um assunto sobre o qual há pouca concordância na literatura jurídica. Para Oliveira (2015, p. 149) e Costa (2019, p. 97) defendem que os contratos de gestão são uma espécie de convênio sob a condição de que as OS não são

prestadoras de serviços já que atuam em “parceria” com o estado. Enquanto Bandeira de Mello (2015, p. 240) e Violin (2010) entendem que os referidos instrumentos contratuais nada mais são do que contratos administrativos uma vez que encartam relação contratual entre o poder público e um particular, ambos com interesses contraditórios.

Para a elaboração dos contratos de gestão, a legislação federal (BRASIL, 1998a) define que devem ser observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e, também, os seguintes preceitos:

“I - especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;
II - a estipulação dos limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções.”

Com o Decreto nº 9.190/2017 (BRASIL, 2017a), foram definidos alguns assuntos que necessariamente devem constituir as cláusulas dos respectivos contratos de gestão:

“I - a vinculação obrigatória dos recursos de fomento público com metas e objetivos estratégicos previstos no contrato de gestão;
II - criação de reserva técnica financeira para utilização em atendimento a situações emergenciais;
III - limite prudencial de despesas com pessoal em relação ao valor total de recursos do contrato de gestão e mecanismos de controle sistemático pela autoridade supervisora; e
IV - definição de critérios e limites para a celebração de contratos de prestação de serviços pela organização social com outros órgãos ou entidades públicas e privadas ou de outros instrumentos de parceria.”

Em Pernambuco, acompanhando a legislação federal, a Lei nº 15.210/2013 (PERNAMBUCO, 2013) definiu 21 cláusulas essenciais para os contratos de gestão e, entre elas, cabe destacar que, no âmbito estadual, foi definido que o prazo de vigência seria de 2 dois anos, podendo ser renovado por períodos sucessivos de até 10 anos. A legislação federal (BRASIL, 1998a) é omissa quanto ao assunto, motivo pelo qual LINS (2018, p. 164) aponta que para serviços de natureza contínua regidos pela Lei nº 8.666/1993 (BRASIL, 1993) a duração do contrato não deve exceder a vigência dos créditos orçamentários exceto quando for de interesse da administração, por um prazo de até sessenta meses.

Cabe destacar que, a verificação do interesse público no prolongamento do contrato de gestão deve necessariamente envolver uma análise criteriosa do desempenho da OS na gestão dos serviços públicos a ela delegados, notadamente o alcance e a eventual superação das metas previstas no referido contrato, as quais devem ter sido fixadas a partir da observância de

critérios técnicos, fruto do planejamento realizado na gestão estratégica do serviço por parte do poder público (LINS, 2018, p. 166).

Essa fiscalização do desempenho das entidades no tocante à execução do contrato de gestão compõem um conjunto de ações de controle desenvolvidas no âmbito da regulação pelo estado, cuja responsabilidade lhe é constitucionalmente atribuída.

3.3 O PAPEL REGULADOR DO ESTADO E O CONTROLE SOBRE OS CONTRATOS DE GESTÃO

No Brasil, a CF de 88 (BRASIL, 1988) garantiu aos cidadãos o direito universal e integral aos cuidados de saúde, o que desencadeou mudanças significativas na forma de compreensão do processo de regulação em saúde, visto que as atribuições do Estado para garantia da oferta de atendimentos e procedimentos ampliaram-se significativamente. Ademais, a descentralização das ações de saúde para estados e municípios determinou a divisão de responsabilidades e atribuições entre os governos federal, estadual e municipal, assim como entre cidadãos, setor público e setor privado (VILARINS, SHIMIZU E GUTIERREZ, 2012).

A administração pública é o setor mais extenso da organização estatal. Nesse segmento, as ações empreendidas são dirigidas para além de seus limites, alcançando outras pessoas jurídicas que, por estarem vinculadas aos entes públicos, situam-se em lugar de sujeição ao controle administrativo. A natureza jurídica desse controle sempre deve alvejar o interesse público - objetivo maior de toda a administração (CARVALHO FILHO, 2019, p. 39).

Para esse caso, reforça-se que o controle recai sobre a atuação de órgãos, entidades e gestores públicos e demais pessoas jurídicas ou no exercício de atribuições do poder público, bem como sobre aqueles que contratam com a administração pública (LEITE, 2014). Os provedores de serviços, sejam entes públicos ou privados, devem estar sob regulação do estado, uma vez que essa ação permite otimizar os recursos disponíveis, evitar a aplicação indevida de recursos financeiros e prevenir prejuízos aos usuários desses serviços.

A regulação na administração pública pode ser caracterizada ainda segundo a extensão e a origem na sua realização e nesse aspecto pode ser considerada interna ou externa. As ações de controle realizadas por órgãos ou componentes do mesmo poder sobre as ações praticadas dentro da sua esfera são chamadas de controle interno. Por outro lado, aquelas que provêm de órgãos administrativos situados em poder diverso daquele que está sendo controlado são denominadas de controle externo. Cabe mencionar, que a sociedade, no exercício do

acompanhamento das ações desenvolvidas pelo poder público, também compõe o controle externo (CARVALHO FILHO, 2019, p. 44; LEITE, 2014).

Na área da saúde, o Estado é o principal sujeito da regulação, sendo sua atenção desenvolvida a partir de ações de controle e fiscalização sobre os serviços próprios, conveniados e contratados. Entre os serviços contratados, destacam-se aqueles executados pelas OS as quais, segundo a Lei Federal nº 9.637/1998, devem ser regulados pelo órgão ou setor supervisor da atividade desenvolvida no contrato (BRASIL, 1998a).

Ainda no âmbito federal, o Decreto nº 9190/2017 (BRASIL, 2017a) define que os resultados devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação que devem encaminhar relatório conclusivo sobre a avaliação procedida sobre o contrato de gestão. A partir do relatório emitido pela comissão de avaliação e o parecer da auditoria externa acerca dos demonstrativos financeiros e contábeis, cabe ao órgão ou entidade supervisora a emissão de parecer final a cada exercício, compreendido como o período de vigência do contrato.

Para Lins (2018, p. 168), o controle é uma atividade essencial no transcorrer da execução do contrato de gestão uma vez que é a partir dos relatórios de desempenho que são definidos os percentuais de repasse financeiros destinados às entidades e são identificadas as necessidades de aditivos contratuais ou da redução das metas pactuadas. Todavia, o controle está além da avaliação dos resultados (controle finalístico) quando analisa a legalidade dos procedimentos (controle meio).

Rocha (2006, p. 149) acrescenta que cabe à administração pública o poder-dever de orientar, intervir, interromper e aplicar penalidades sobre as entidades contratadas, quando necessário. Também deve ser dada ciência ao Ministério Público, à Advocacia Geral da União e à procuradoria do órgão quando forem observados indícios de irregularidade ou ilegalidade fundados em malversação de bens ou recursos de origem pública (BRASIL, 1988).

Em Pernambuco, a Lei nº 11.743/2000 (PERNAMBUCO, 2000) acompanhou a legislação federal quanto às definições relativas ao acompanhamento e fiscalização dos contratos de gestão. Em 2013, a Lei Estadual nº 15.210 estabeleceu a SES/PE como órgão

supervisor da execução do contrato de gestão na saúde e definiu as atribuições desse órgão (PERNAMBUCO, 2013).

Cabe destacar que a legislação estadual (PERNAMBUCO, 2013) também define que as entidades qualificadas como OS devem estruturar um Órgão deliberativo, um órgão de fiscalização e um órgão executivo, definidos nos termos do estatuto social, com atribuições normativas e de controles básicos. Desta forma, existe uma co-responsabilização da ação regulatória na qual a OS contratada também exerce uma função interna de controle sobre o contrato de gestão.

Mesmo diante do importante papel da regulação para o acompanhamento dos contratos de gestão, estudos em Pernambuco (LEITE, 2014; XIMENES, 2015; PACHECO ET AL., 2016) demonstraram falhas no processo regulatório seja a partir da percepção dos gestores, seja por meio de estudo comparativo entre as unidades públicas e aquelas geridas por OSS, ou seja, pelos achados de auditoria relatados pelos órgãos externos, como o TCE/PE.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nessa seção pretende-se apresentar o percurso metodológico do estudo a partir da abordagem teórica relacionada ao delineamento da pesquisa, os elementos vinculados à construção do objeto, as fontes e condições para a coleta de dados e o processo analítico.

Nesse estudo entende-se a realidade social como uma totalidade complexa, na qual processos e fenômenos estão em permanente interação construtiva. Com essa compreensão, expressa-se o caráter conflitivo, dinâmico e histórico da realidade social, bem como a pretensão de desvendar, mais que um conflito das interpretações, o conflito dos interesses da realidade social.

Por se tratar de um objeto complexo, o estudo encontrou na pesquisa qualitativa características que permitiram a flexibilidade de adaptação durante o seu desenvolvimento, como, por exemplo, a construção progressiva do próprio objeto da investigação.

Para Denzin e Lincon (OLIVEIRA, 2018, p. 14), a pesquisa qualitativa enfatiza uma multiplicidade de métodos, implicando uma abordagem interpretativa ou naturalista, em relação ao seu objeto de estudo. Isto significa que os pesquisadores estudam os fenômenos sociais em seu contexto natural tentando atribuir um sentido ou interpretar esses fenômenos, segundo as significações que as pessoas lhes dão.

Minayo (2010) afirma que a pesquisa qualitativa permite um maior conhecimento e aprofundamento de uma realidade, considerando em seu processo de investigação as relações humanas, crenças, valores, percepção, estando implícita a subjetividade e não generalização dos seus resultados.

A partir da experiência da autora na gestão estadual do SUS, foi possível “penetrar” nos dados e trazer à luz interpretações que agregaram valor à pesquisa. Além da coleta e descrição dos dados, foram teorizados conceitos os quais puderam ser relacionados a fim de entender as realidades básicas que envolvem as ações de controle realizadas pelo poder público.

Nesse contexto, o estudo sobre o controle interno exercido pela SES/PE para os contratos de gestão com as OSS, especificamente aqueles da rede hospitalar, representou um esforço para compreender a realidade social a partir de suas relações, complexidade, dinamicidade e multidimensionalidade.

Importa explicar, que a presente análise não teve o objetivo de descrever as ações de controle realizadas pela SES/PE. Nesta, buscou-se identificar e analisar as práticas e condutas

que não possuíram sustentação legal, que fragilizaram o papel do controle da SES/PE e que efetivaram práticas privatistas opostas ao interesse público.

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, que utiliza a abordagem quantitativa e qualitativa, caracterizando-se como estudo de caso único, uma vez que as questões investigadas pertencem a um universo de significados, valores e atitudes que remetem a um espaço de relações e processos.

O estudo de caso corresponde a uma estratégia de pesquisa empírica acerca de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado de seu contexto. Na abordagem dessa estratégia, o pesquisador se concentra em uma ou em um número reduzido de unidades de análise. Sua potência explicativa depende da profundidade da análise e não de sua quantidade (YIN, 2015, p. 67). Considerando ainda o autor, trata-se de um estudo do tipo único uma vez que as unidades hospitalares e os instrumentos contratuais estabelecidos são de gestão do governo do estado de Pernambuco, sendo, portanto, todos os dados coletados fontes de informação sobre a realidade local, no que diz respeito às ações de controle interno desenvolvidas.

4.2 PERCURSO METODOLÓGICO

O cenário em que ocorreu a investigação empírica da pesquisa foi o estado de Pernambuco no período de 2009 a 2019, caracterizado pela implantação e expansão do modelo de gestão por OSS. O estudo foi fundamentado em fontes documentais e em dados secundários de domínio público.

Em relação às fontes documentais, foram analisadas as legislações concernentes às OSS, no âmbito federal e estadual, assim como os normativos sobre licitação e contratos administrativos e a Lei de Acesso à Informação (Quadro 1); os contratos de gestão e os termos aditivos; os decretos de qualificação das entidades e de suas respectivas renovações; os estatutos sociais das entidades gerenciadoras de OSS (Quadro 2); os editais de seleção das OSS e os relatórios do Tribunal de Contas de Pernambuco.

Quadro 1 - Legislação nos âmbitos federal e do Estado de Pernambuco e respectivas finalidades.

<i>Legislação Federal</i>	<i>Finalidade</i>
<i>Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993</i>	<i>Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos</i>

	<i>da Administração Pública e dá outras providências.</i>
<i>Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998</i>	<i>Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.</i>
<i>Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011</i>	<i>Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal.</i>
<i>Decreto nº 9.190, de 01 de novembro de 2017</i>	<i>Regulamenta o disposto no art. 20 da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.</i>
<i>Decreto nº 9.469, de 14 de agosto de 2018</i>	<i>Altera o Decreto nº 9.190, de 1º de novembro de 2017, para dispor sobre diretrizes e critérios para a qualificação de Organizações Sociais - OS.</i>
<i>Legislação de Pernambuco</i>	<i>Finalidade</i>
<i>Lei nº 11.743, de 20 de outubro de 2000</i>	<i>Sistematiza a prestação de serviços públicos não exclusivos, dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e da Sociedade Civil de interesse público e o fomento às atividades sociais, e dá outras providências.</i>
<i>Decreto nº 23.046, de 19 de fevereiro de 2001</i>	<i>Regulamenta a Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000, que instituiu o Sistema Integrado de Prestação de Serviços Públicos Não-Exclusivos; dispõe sobre a qualificação e funcionamento das organizações sociais e das organizações da sociedade civil de interesse público, e dá outras providências.</i>
<i>Lei nº 12.525, de 30 de dezembro de 2003</i>	<i>Estabelece normas especiais relativas aos procedimentos de licitação e contratação na Administração Pública Estadual, altera a Lei nº 11.424, de 7 de janeiro de 1997, e dá outras providências.</i>
<i>Lei nº 12.973, de 26 de dezembro de 2005</i>	<i>Altera os artigos 1º, 2º, 10, 14, 15, 17, 18, 22 e 31 da Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000, e dá outras providências.</i>
<i>Lei complementar nº 141, de 03 de setembro de 2009</i>	<i>Dispõe sobre o Modelo Integrado de Gestão do Poder Executivo do Estado de Pernambuco.</i>
<i>Lei nº 14.248, de 17 de dezembro de 2010</i>	<i>Altera a Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000, que sistematiza a prestação de serviços públicos não exclusivos, dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e o fomento às atividades sociais, e dá outras providências.</i>
<i>Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013</i>	<i>Dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde - OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco.</i>

<i>Lei nº 16.155, de 05 de outubro de 2017</i>	<i>Altera a Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013, que dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde - OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco.</i>
<i>Lei nº 16.771, de 23 de dezembro de 2019</i>	<i>Altera a Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013, que dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde - OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco.</i>

Nota: Elaboração própria.

Nessa pesquisa, foram identificados 12 contratos de gestão e 159 termos aditivos referentes ao período de 2009 a 2019, sendo analisados os objetos contratuais, os prazos de vigência, as supressões e acréscimos financeiros e as metas assistenciais. Esses contratos de gestão e os respectivos termos aditivos foram consultados nos sítios eletrônicos da SES/PE¹, no portal da Lei de Acesso à Informação do governo de Pernambuco² e no site das entidades gerenciadoras das OSS (Quadro 2). Cabe informar, que um contrato de gestão não foi localizado em nenhuma dessas fontes e, por esse motivo, foi excluído da análise.

Quanto ao processo de titulação das OSS, foram analisados sete decretos de qualificação das entidades e dezessete referentes às respectivas renovações, todos disponíveis nos sítios eletrônicos da Assembleia Legislativa de Pernambuco³ e no Diário Oficial de Pernambuco⁴.

Os editais de seleção estavam disponíveis no site da Lei de Acesso à Informação do governo de Pernambuco⁵. Nos relatórios do Tribunal de Contas de Pernambuco⁶ foram observados os achados de auditoria externa relativos às ações de controle interno desenvolvidas pela SES/PE aos instrumentos contratuais com as OSS.

Por fim, nos sítios eletrônicos das entidades foram identificadas as informações sobre a origem, a natureza jurídica e o estatuto social das sete OSS com contratos de gestão para a rede hospitalar própria estadual (Quadro 2).

Quadro 2 - Entidades gerenciadoras de OSS e respectivos sítios eletrônicos.

Entidades	Sítios Eletrônicos
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP HOSPITALAR	https://fghsaude.org.br/home/#

¹ Disponível no sítio eletrônico da SES/PE: <http://portal.saude.pe.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude>.

² Disponível no sítio eletrônico do Portal da Lei de acesso à informação em PE: <https://www.lai.pe.gov.br/ses/organizacoes-sociais-de-saude/>

³ Disponível no sítio eletrônico da ALEPE: <http://legis.alepe.pe.gov.br/>

⁴ Disponível no sítio eletrônico da CEPE: <https://diariooficial.cepe.com.br/diariooficialweb/#/home?diario=MQ%3D%3D>

⁵ Disponível no sítio eletrônico do Portal da Lei de acesso à informação em PE: <https://www.lai.pe.gov.br/ses/organizacoes-sociais-de-saude/>

⁶ Disponível no sítio eletrônico do TCE/PE: <https://www.tce.pe.gov.br/internet/index.php/processos>

Santa Casa de Misericórdia do Recife - SCMR	https://www.santacasarecife.org.br/
Fundação Manoel da Silva Almeida - FMSA	https://www.hospitalmarialucinda.org/
Hospital do Tricentenário - HTri	http://htri.org.br/
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	http://www1.imip.org.br/imip/home/index.html
Fundação Altino Ventura - FAV	http://www.fundacaoaltinoventura.com.br/site/
Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer - SPCC	https://www.hcp.org.br/

Na abordagem quantitativa, foi realizado o levantamento de informações relativas à caracterização das doze unidades hospitalares⁷ da rede estadual própria do SUS sob o modelo de gestão de OSS no tocante à localização geográfica, à capacidade instalada de serviços e à produção ambulatorial e hospitalar. Assim como, a identificação do montante de recursos financeiros transferidos ao governo de Pernambuco pelo SUS mediante a produção hospitalar aprovada. Para tanto, foram consultados os sites do CNES, DATASUS e TABNET/PE⁸.

Por fim, para a realização do levantamento dos recursos financeiros transferidos pela SES/PE às setes OSS como pagamento pelos serviços executados previstos nos instrumentos contratuais, foi consultado o sítio eletrônico do Portal da Transparência do governo de Pernambuco⁹.

4.3 PLANO DE ANÁLISE

Na pesquisa qualitativa, é possível afirmar que não há uma maneira única, certa ou padronizada de “fazer” análise, mas existem recursos, instrumentos ou dispositivos analíticos

⁷ Hospital Miguel Arraes, Hospital Dom Helder Câmara, Hospital Pelópidas Silveira, Hospital João Murilo de Oliveira, Hospital Ermírio Coutinho, Hospital Regional de Palmares Professor Sílvio Magalhães, Hospital Mestre Vitalino, Hospital São Sebastião, Hospital Regional Ruy de Barros Correia, Hospital Regional Emília Câmara, Hospital Dom Malan e Hospital Regional Fernando Bezerra.

⁸ Disponível no sítio eletrônico do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES:

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

Disponível no sítio eletrônico do DATASUS: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>

Disponível no sítio eletrônico do TABNET/PE: <http://tabnet.saude.pe.gov.br/>

⁹ Disponível no sítio eletrônico do Portal da Transparência do governo de Pernambuco:

<http://web.transparencia.pe.gov.br/fiscalizacao-e-controle/repassa-as-organizacoes-sociais-de-saude-oss-e-unidades-de-saude/>

que podem ser adaptados e reinventados para operar em diversos espaços conceituais (EAKIN; GLADSTONE, 2021, p. 203).

Por sua vez, a análise não constituiu uma fase isolada na pesquisa, mas um processo que se iniciou com o levantamento bibliográfico prévio, em que o autor se apropria do tema e estabelece e relaciona conceitos. Na coleta dos dados, a análise se afirmou por meio de questionamentos e de confirmações pelo autor, estando para além de uma descrição dos dados desconectada do cenário que se insere.

No presente estudo, a análise documental permitiu o encadeamento de ligações entre a problemática central da pesquisa e as diversas observações extraídas dos documentos. Esse tipo de análise possibilitou formular explicações, produzir uma interpretação coerente à luz do referencial teórico e realizar uma reconstrução dos aspectos que envolvem o tema (CELLARD, 2014, p. 304). Assim, o conhecimento produzido vai além do “valor nominal” dos dados e além do senso comum e explicações dominantes sobre eles, “permitindo relacionar conceitos entre si e entender realidades específicas de forma mais abstrata” (EAKIN; GLADSTONE, 2021, p. 203).

Os recursos analíticos da interpretação e da contextualização, também foram utilizados, a partir de postura crítica e problematizadora em que pressupostos e acordos sociais que sustentam os fatos precisam ser questionados. Os resultados da pesquisa surgiram a partir das práticas que os produziram sendo, portanto, atos interpretativos envolvidos nas ações de controle interno promovidas pela SES/PE.

Para isso, cabe também explicar, que para a presente análise foi considerado o momento histórico que permeou o período estudado, marcado por conflitos de interesse de origem política, econômica e sociais movidos pelo processo de expansão do modelo de gestão por OSS.

5 (DES) CONTROLE DOS CONTRATOS DE GESTÃO COM AS OSS: UMA REALIDADE SETOR PÚBLICO DE SAÚDE EM PERNAMBUCO

Neste capítulo serão apresentadas e discutidas as evidências empíricas e as interpretações possíveis sobre o descontrole das ações regulatórias sobre os contratos de gestão da Secretaria Estadual de Saúde com as OSS, assim como as repercussões desses fenômenos na manutenção das condições de expansão do capitalismo a partir da acumulação de capital.

Inicialmente será apresentada uma caracterização dos hospitais estaduais sob o modelo de gestão das OSS. Em seguida, será exposta a caracterização das Organizações Sociais da Saúde contratadas pela Secretaria Estadual de Saúde no período de 2009 a 2019. Na sequência, serão discutidos os resultados da análise dos contratos de gestão e termos aditivos visando destacar suas fragilidades jurídicas e suas consequências para o sistema único de saúde e para a classe trabalhadora.

5.1 REDE HOSPITALAR DE PERNAMBUCO ADMINISTRADA POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE, NO PERÍODO DE 2009 A 2019

Nesta seção será descrita a rede hospitalar do SUS em Pernambuco, entendida como: hospitais próprios do SUS, hospitais conveniados com o SUS (instituições filantrópicas), hospitais contratados ao SUS (rede privada) e os hospitais públicos sob gestão das OSS considerando, a distribuição geográfica dessas unidades no estado e sua distinção entre hospitais gerais e especializados. Em seguida, serão apresentadas características dos hospitais sob gestão das OSS tais como, nível de complexidade, distribuição dos leitos, perfil assistencial e produção hospitalar.

O estado de Pernambuco encontra-se dividido político-administrativamente em quatro macrorregionais de saúde¹⁰ e essas, por sua vez, estão subdivididas em doze regionais de saúde¹¹ (PERNAMBUCO, 2011, p.12). Entre os equipamentos de saúde que compõem a rede estadual, os hospitais representam a atenção terciária, ou seja, o nível mais especializado na

¹⁰ As macrorregionais em Pernambuco são: Macrorregional 1 - Metropolitana (Regiões I, II, III e XII); Macrorregional 2 - Agreste (Regiões IV e V); Macrorregional 3 - Sertão (VI, X e XI); e Macrorregional 4 - Vale do São Francisco (Regiões VII, VIII e IX) (PERNAMBUCO, 2011).

¹¹ As regiões de saúde em Pernambuco e suas respectivas cidades sede são: I GERES - Recife; II GERES - Limoeiro; III GERES - Palmares; IV GERES - Caruaru; V GERES - Garanhuns; VI GERES - Arcoverde; VII GERES - Salgueiro; VIII GERES - Petrolina; IX GERES - Ouricuri; X GERES - Afogados da Ingazeira; XI GERES - Serra Talhada; XII GERES - Goiana (PERNAMBUCO, 2011).

linha de cuidado, podendo ser caracterizados de acordo com o tipo de atendimento ofertado - hospitais especializados ou hospitais gerais¹².

Segundo o DATASUS (BRASIL, 2022a), em 2009, a rede hospitalar do SUS no estado estava formada por 172 hospitais gerais e 55 especializados¹³. Entre esses, 75 hospitais gerais e 14 especializados encontravam-se sob administração pública (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais de Saúde e os hospitais sob gestão de OSS). Desses 89 hospitais (BRASIL, 2022b), 26 (21 hospitais gerais e 05 especializados) estavam sob gestão direta da SES/PE e um sob gestão de OSS.

Em 2019, a rede estadual do SUS estava constituída por 211 hospitais gerais e 52 especializados, sendo 117 e 10, respectivamente, sob administração pública. Dessas 127, 21 unidades encontravam-se sob gestão direta da SES/PE e 12 sob gestão de OSS, sendo 29 hospitais gerais e quatro especializados. O aumento do total de hospitais gerais ocorreu devido à inauguração de três unidades e à mudança para a gestão estadual de três hospitais municipais (BRASIL, 2022b).

Na década de 2009 a 2019, há uma mudança nessa configuração, tendo em vista a decisão política do governo estadual de transferir a gestão de alguns hospitais para OSS. Assim, em decorrência, oito unidades hospitalares¹⁴ passaram à gestão de OSS. Ademais, entre 2010 e 2014, três novos hospitais¹⁵ foram inaugurados já sob gestão de OSS, totalizando 12 unidades sob esse modelo de gestão.

No tocante à rede hospitalar própria do SUS em Pernambuco, em 2019 ela correspondia a 33 unidades hospitalares, 45% delas localizadas na GERES I - Recife, mais precisamente nos municípios de Recife, Caruaru e Paulista (Mapa 1). Diante disso, cabe pontuar que, mesmo com a ampliação da capacidade instalada ao longo desses 10 anos e considerando que Pernambuco

¹² O hospital especializado é considerado como uma unidade de saúde destinada a prestar assistência em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de urgência/emergência e SADT. Enquanto o hospital geral presta atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas, podendo dispor de serviço de urgência/emergência e de SADT (BRASIL, 2008).

¹³ Cabe explicar que os dados extraídos do DATASUS representam o total de estabelecimentos que compõem a rede de saúde do SUS em Pernambuco, sejam eles de administração pública, conveniados (hospitais filantrópicos) ou contratados (rede privada). Os hospitais considerados como de administração pública são aqueles geridos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde. Apesar de os hospitais sob gestão de OSS estarem incluídos no DATASUS na categoria *administração pública*, consideramos esta uma interpretação equivocada, uma vez que as OSS configuram administração indireta.

¹⁴ Oito unidades hospitalares, anteriormente administradas pelo Estado, passaram a ser geridas por OSS a partir da assinatura de contratos de gestão: Hospital João Murilo de Oliveira - HJMO, Hospital Ermírio Coutinho - HEC, Hospital Regional de Palmares Dr. Sílvio Magalhães - HRSM, Hospital Regional Fernando Bezerra - HRFB, Hospital Regional Rui de Barros Correia - HRRBC, Hospital Regional Emília Câmara - HREC, Hospital São Sebastião - HSS e Hospital Dom Malan - HDM.

¹⁵ Três novos hospitais foram inaugurados sob gestão de OSS: Hospital Dom Helder Câmara - HDH (julho/2010), o Hospital Pelópidas Silveira - HPS (dezembro/2011) e o Hospital Mestre Vitalino - HMV (junho/2014).

possui uma área territorial de 98.067,877km² (BRASIL, 2021), a concentração dos serviços hospitalares na RMR persiste promovendo uma desigualdade no acesso à atenção especializada.

Mapa 1 - Distribuição de rede hospitalar do SUS estadual de saúde em Pernambuco, 2019.



Nota: Em amarelo estão os municípios com apenas um hospital e em vermelho aqueles com mais de um hospital.

Por essa distribuição da rede hospitalar, SANTOS et al (2015) mencionaram a presença de vazios assistenciais com intenso fluxo de usuários do interior para a capital, já que os serviços de maior complexidade estão na RMR. A população residente em municípios onde não há hospitais gerais ou especializados necessita se deslocar para outro município e, por vezes, até à RMR a procura de atendimento, seja por meios próprios ou através dos programas municipais que custeiam o Tratamento Fora de Domicílio (TFD). O que reforça a falta de equidade do acesso da população aos serviços especializados.

Assis e Jesus (2012) asseveram que, na região Nordeste, o modo como são produzidas as ações de saúde e como os serviços se organizam para produzi-las e distribuí-las está permeado por disputas de interesses políticos, pela interferência do mercado nas políticas de saúde e pelas decisões do poder público, incluídos os gestores do SUS.

É nesse cenário de conflitos, que o modelo de gestão por OSS surge em Pernambuco seguindo o que é considerado por Assis e Jesus (2012) como um dos paradoxos do sistema de saúde brasileiro. Ao tempo em que o Estado brasileiro projeta e formaliza um sistema universal de saúde, continua a transferir recursos para o setor privado e se especializa gradativamente em procedimentos de alta remuneração, fragmentando o sistema cada vez mais dependente de múltiplos pagadores.

Além dos hospitais, houve a incorporação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)¹⁶ e das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE)¹⁷ no Sistema Integrado de Prestação de Atividades Públicas Não-exclusivas - tal como denominado o modelo de gestão por OS no estado de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2001). Essa incorporação demonstra que no Estado esse modelo se encontra em franca expansão.

Desse modo, em 2019, dos 29 hospitais gerais existentes no estado, doze (41%) estavam sob gestão de OSS, enquanto quatro especializados permaneceram sob gestão direta. Os demais equipamentos de saúde, em sua totalidade (dezesseis UPA e onze UPAE) encontravam-se sob gestão de OSS.

Os doze hospitais gerais sob gestão de OSS estão distribuídos em onze municípios de Pernambuco e vinculados a oito GERES (Mapa 2 e Quadro 3). Desses, oito (66,6%) estão localizados nas I e II macrorregiões do estado (Metropolitana e Agreste) e quatro (33,4%) nas III e IV macrorregiões (Sertão e Vale do São Francisco).

Mapa 2 - Distribuição de hospitais sob gestão de OSS em Pernambuco, 2019.



Fonte: CNES.
Elaboração própria.

Quadro 3 - Distribuição dos hospitais administrados por OSS segundo Macrorregional, Regional de Saúde e Município de localização. Pernambuco, 2019.

Hospital	Macrorregião de Saúde	Regiões de Saúde	Município
HMA	I	I	Paulista
HDH	I	I	Cabo de Santo Agostinho
HPS	I	I	Recife

¹⁶As unidades de pronto atendimento - UPAS são unidades de saúde públicas estaduais que oferecem atendimento de emergência de média complexidade nas 24 horas. Em Pernambuco, as primeiras UPAS foram inauguradas em 2010.

¹⁷As Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) contam com consultórios e centros de apoio ao diagnóstico e exames. Entre as especialidades médicas oferecidas, estão oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, ortopedia e cardiologia. São ofertados exames laboratoriais, eletrocardiograma, ecocardiograma, mapa, holter, teste ergométrico, raio-X, endoscopia e ultrassonografia. Em Pernambuco, as primeiras UPAS foram inauguradas em 2013.

HJMO	I	I	Vitória de Santo Antão
HEC	I	II	Nazaré da Mata
HRSM	I	III	Palmares
HMV	II	IV	Caruaru
HSS	II	IV	Caruaru
HRRBC	III	VI	Arcoverde
HREC	III	X	Afogados da Ingazeira
HDM	IV	VIII	Petrolina
HRFB	IV	IX	Ouricuri

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, SES/PE, 2022.

Nota: HMA (Hospital Miguel Arraes); HDH (Hospital Dom Helder Câmara), HPS (Hospital Pelópidas Silveira), HJMO (Hospital João Murilo de Oliveira); HEC (Hospital Ermírio Coutinho); HRSM (Hospital Regional de Palmares Sílvio Magalhães); HMV (Hospital Mestre Vitalino); HSS (Hospital São Sebastião), HRRBC (Hospital Regional Rui de Barros Correia); HREC (Hospital Regional Emília Câmara), HDM (Hospital Dom Malan), HRFB (Hospital Regional Fernando Bezerra).

No tocante à rede de leitos hospitalares do SUS, em 2009, ela estava formada por 15.772 leitos (BRASIL, 2022c). Entre esses, 11.567 eram contratados (setor privado) ou conveniados (setor filantrópico), 4.082 estavam sob gestão direta da SES/PE e 123 sob gestão de OSS (BRASIL, 2022b). Decorridos dez anos, houve uma redução no quantitativo de leitos SUS para 9.976 (BRASIL, 2022c). O fenômeno da redução de leitos hospitalares, como observado, é multideterminado e não será objeto de análise que se está realizando.

Entretanto, ao mesmo tempo em que ocorreu essa redução, observou-se um notável aumento de 1.488 leitos nas unidades hospitalares geridas por OSS, resultando em um acréscimo de 1.209% (Tabela 1). Simultaneamente, os leitos sob gestão direta da SES/PE aumentaram apenas 8% (326). Por conseguinte, essa é mais uma evidência empírica que corrobora a afirmativa anterior acerca da extraordinária expansão do modelo de gestão por OSS em Pernambuco.

Tabela 1 - Distribuição de leitos hospitalares segundo estabelecimento gerido por OSS. Pernambuco, 2019.

Estabelecimento	Leitos Cirúrgicos	Leitos Clínicos	Leitos Obstétricos	Leitos Pediátricos	Leitos Outras especialidades	Leitos Hospital dia	Leitos Complementares	Total
Hospital Regional Emília Câmara	11	25	19	8	0	0	0	63
Hospital Regional Rui de Barros Correia	8	43	22	19	0	0	6	98
Hospital Dom Helder Câmara	82	57	0	0	0	0	34	173
Hospital Mestre Vitalino	31	116	0	31	0	0	67	245
Hospital São Sebastião	0	60	0	0	0	0	0	60
Hospital Ermírio Coutinho	1	10	19	10	0	0	1	41
Hospital Regional Fernando Bezerra	31	24	17	13	3	0	0	88
Hospital Regional de Palmares Sílvio Magalhães	29	29	29	35	0	0	26	148
Hospital Miguel Arraes	88	50	0	0	2	0	33	173
Hospital Dom Malan	16	41	60	84	0	0	55	256
Hospital Pelópidas Silveira	70	70	0	0	0	0	30	170

Hospital João Murilo de Oliveira	0	17	34	13	12	0	20	96
Total	367	542	200	213	17	0	272	1.611

Fonte: CNES, 2019.
Elaboração própria.

No tocante ao perfil assistencial dos doze hospitais sob gestão de OSS, é importante destacar que as diferentes especialidades de atendimento permeiam a atenção hospitalar, de urgência e ambulatorial. Essas tornam a unidade referência para uma rede de serviços de saúde em determinado território, a partir da garantia de assistência às necessidades de saúde dos usuários da região de cobertura considerando, para isso, as mudanças demográficas e epidemiológicas.

Planejados para complementar a rede assistencial terciária, os hospitais metropolitanos Miguel Arraes, Dom Helder Câmara, Pelópidas Silveira e o regional Mestre Vitalino, foram habilitados pelo Ministério da Saúde (MS) como unidades de média e alta complexidade para realizarem procedimentos de alto custo.

Entre os hospitais regionais que anteriormente compunham a rede estadual própria, apenas o Dom Malan está habilitado como unidade de média e alta complexidade, enquanto os hospitais João Murilo de Oliveira, Ermírio Coutinho, Dr. Sílvio Magalhães, Fernando Bezerra, Rui de Barros Correia, Emília Câmara e São Sebastião são todos eles de média complexidade.

A partir da assinatura do contrato de gestão entre as doze unidades hospitalares, oito delas sofreram alteração no perfil assistencial, seja por inclusão e/ou exclusão de especialidades de atendimento (Quadro 4).

Quadro 4 – Nível de complexidade e perfil assistencial hospitalar segundo estabelecimento sob gestão de OSS. Pernambuco, 2009 - 2019.

Estabelecimentos	Nível de complexidade	Especialidades (contrato)	Especialidades (dez/2019)
Hospital Miguel Arraes de Alencar	Média e Alta	Cirurgia Geral, Ortopedia, Clínica Geral	Cirurgia Geral, Ortopedia, Clínica Geral, Tisiologia
Hospital Dom Malan	Média e Alta	Oncologia Clínica e Cirúrgica, Ginecologia, Clínica Geral, Pediatria Clínica e Cirúrgica, Obstetrícia, Neurologia e Neurocirurgia, Oftalmologia, Neonatalogia	Oncologia Clínica e Cirúrgica, Ginecologia, Clínica Médica, Pediatria Clínica e Cirúrgica, Obstetrícia, Neurologia e Neurocirurgia, Oftalmologia
Hospital Dom Helder Câmara	Média e Alta	Cardiologia Clínica e Cirúrgica, Cirurgia Geral, Clínica Geral, Ortopedia, Oftalmologia , Pneumologia	Cardiologia Clínica e Cirúrgica, Cirurgia Geral, Clínica Geral, Ortopedia.
Hospital Pelópidas Silveira	Média e Alta	Cardiologia Clínica e Cirúrgica, Neurologia Clínica e Cirúrgica	Cardiologia Clínica e Cirúrgica, Neurologia Clínica e Cirúrgica
Hospital João Murilo de Oliveira	Média	Clínica Geral, Obstetrícia, Pediatria Clínica e Cirúrgica , Cirurgia Geral , Ginecologia ,	Clínica Geral, Obstetrícia, Pediatria Clínica, Psiquiatria

		Ortopedia, Neonatologia, Pneumologia, Tisiologia	
Hospital Ermírio Coutinho	Média	Clínica Geral, Pediatria Clínica, Obstetrícia Clínica	Clínica Geral, Pediatria Clínica, Obstetrícia Clínica, Cirurgia Geral
Hospital Regional de Palmares Dr. Sílvio Magalhães	Média	Clínica Geral, Pediatria Clínica, Obstetrícia	Clínica Geral, Pediatria Clínica, Obstetrícia, Cirurgia Geral, Ortopedia
Hospital Regional Fernando Bezerra	Média	Clínica Geral, Cirurgia Geral, Pediatria Clínica, Neonatologia, Obstetrícia, Ortopedia, Psiquiatria	Clínica Geral, Cirurgia Geral, Pediatria Clínica, Neonatologia, Obstetrícia, Ortopedia, Psiquiatria
Hospital Mestre Vitalino	Média	Cardiologia Clínica e Cirúrgica, Cirurgia Geral, Neurologia Clínica, Urologia, Pediatria Clínica e Cirúrgica, Clínica Geral, Oncologia Clínica e Cirúrgica, Psiquiatria, Neurocirurgia.	Cardiologia Clínica e Cirúrgica, Cirurgia Geral, Neurologia Clínica, Urologia, Pediatria Clínica e Cirúrgica, Clínica Geral, Oncologia Clínica.
Hospital Regional Rui de Barros Correia	Média	Cirurgia Geral, Ortopedia, Clínica Geral, Obstetrícia, Pediatria Clínica e Cirúrgica, Pneumologia Sanitária, Neonatologia.	Cirurgia Geral, Ortopedia, Clínica Geral, Obstetrícia, Pediatria Clínica e Cirúrgica, Saúde Mental.
Hospital Regional Emília Câmara	Média	Cirurgia Geral, Clínica Geral, Saúde Mental, Obstetrícia, Pediatria Clínica e Cirúrgica.	Cirurgia Geral, Clínica Geral, Saúde Mental, Obstetrícia, Pediatria Clínica e Cirúrgica.
Hospital São Sebastião	Média	Clínica Geral	Clínica Geral

Fonte: CNES.

Elaboração própria.

Nota 1: As especialidades escritas na cor vermelha representam aquelas excluídas enquanto aquelas escritas na cor azul, as incluídas.

Nota 2: HMA (contrato: Nov/2009); HDM (contrato: Mai/2010); HDH (contrato: Jun/2010); HPS (contrato: Nov/2011); HJMO (contrato: Set/2012); HEC (contrato: Nov/2011); HRPSM (contrato: Dez/2011); HRFB (contrato: Nov/2013); HMMV (contrato: Mai/2014), HRRBC (contrato: Ago/2016); HREC (contrato: Ago/2017); HSS (Ago/2018).

As modificações observadas no perfil assistencial dos hospitais possuem reflexos diretos na estrutura e fluxos da rede de referência e contra-referência local, regional e estadual, pois provoca a necessidade de rearranjos no processo de regulação, principalmente quando existe um duplo comando (estadual e dos respectivos municípios) sobre os serviços num determinado território.

Conforme observado no Quadro 4, sete especialidades cirúrgicas foram excluídas do perfil assistencial em três unidades hospitalares, destacando-se a exclusão na oferta de assistência em neurocirurgia e em cirurgia pediátrica, especialidades já conhecidas pelo difícil acesso, inclusive na RMR que já concentra as unidades de referência.

O Hospital João Murilo de Oliveira apresentou expressiva modificação no seu perfil quando, em virtude do contrato com a OSS, deixou de oferecer atendimento em sete especialidades clínicas e cirúrgicas, entre elas a cirurgia geral e a ortopedia. Em dezembro de 2019, a unidade ofertava atendimento em apenas cinco especialidades: clínica geral, obstetrícia clínica e cirúrgica, pediatria clínica e psiquiatria.

Nos termos aditivos dos contratos de gestão analisados não foram observadas quaisquer justificativas técnicas para a inclusão ou exclusão de especialidades de atendimento nos estabelecimentos, configurando-se mais preocupante a condição da exclusão.

Quanto à produção hospitalar, é um dos parâmetros utilizados na avaliação dos contratos de gestão estabelecidos entre a SES/PE e as OSS. Nesses contratos, as metas quantitativas de atendimentos e internações previstas para um determinado hospital são monitoradas pelo poder público a fim de garantir a execução contratual. Para isso, a produção hospitalar deve ser mensalmente registrada nos sistemas de informação do SUS para fins de auditoria e, se aprovada, definirá o valor a ser repassado ao governo estadual pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Cabe explicar, ainda, que o recurso referente aos procedimentos de média complexidade são descentralizados aos estados após a autorização dos procedimentos e seu valor é fixo, mesmo que o quantitativo de procedimentos seja inferior ou superior às metas estabelecidas junto ao MS. Entretanto, periodicamente, é realizada uma repactuação das metas, de forma a não permitir prejuízos financeiros ao SUS ou aos Estados.

Quanto aos procedimentos hospitalares de alta complexidade, o recurso é repassado aos estados de forma proporcional ao quantitativo autorizado. Os Estados recebem o recurso do SUS por meio de dois blocos de financiamento (Média e Alta Complexidade - MAC e Fundo de Ação Estratégica e Compensação- FAEC) e sua utilização deve ser justificada no momento da prestação anual de contas.

O recurso do SUS relativo aos procedimentos realizados pelos hospitais sob gestão de OSS e que compõem o teto físico e financeiro de média e alta complexidade de Pernambuco, são repassados ao governo do estado e compõem uma das fontes para pagamento dos contratos de gestão pela SES/PE. Ao governo estadual, incumbe a prestação de contas anual do recurso federal descentralizado com finalidade de subsidiar as ações em saúde.

Cabe explicar que os contratos de gestão com as OSS relativos aos doze hospitais públicos estaduais foram assinados em períodos diferentes. O levantamento da produção ambulatorial e hospitalar aprovadas para cada unidade possibilitou identificar o montante de recursos do SUS descentralizado ao governo de Pernambuco.

Conforme descrito na Tabela 2, observou-se que os doze hospitais realizaram um total de 26.017.767 procedimentos ambulatoriais e hospitalares entre 2010 e 2019. Cabe destacar que

dois hospitais, por dois a três meses, não apresentaram informações sobre os procedimentos que realizaram, embora seus contratos de gestão estivessem em plena vigência.

A regulação pública e a transparência das informações contratuais têm o papel de dirimir possíveis questionamentos quanto à aplicabilidade dos recursos do SUS. Nesse sentido, fatos como os acima constatados atestam a ocorrência de pagamento pelo ente público sem a prestação dos serviços correspondentes.

Tabela 2 - Produção ambulatorial e hospitalar dos hospitais sob gestão de OSS segundo o ano de aprovação. Pernambuco, 2009 - 2019.

Estabelecimentos	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
HMA	-	116.412	285.508	421.059	362.955	385.339	347.793	364.129	409.908	423.441	458.884	3.575.428
HDM	-	183.467	546.881	595.274	594.303	559.213	498.548	552.249	600.975	625.693	603.105	5.359.708
HDH	-	45.072	205.277	167.491	116.431	139.006	170.671	266.510	332.749	361.991	409.737	2.214.935
HPS	-	-	-	57.528	208.619	205.454	194.919	211.989	227.262	222.496	259.709	1.587.976
HJMO	-	-	-	60.809	378.438	431.196	483.147	502.744	486.623	533.913	525.252	3.402.122
HEC	-	-	4.923	242.365	377.156	453.059	409.284	299.002	376.109	392.720	439.169	2.993.787
HRPSM	-	-	103.320	192.610	272.219	314.608	327.767	377.939	436.397	479.367	541.276	3.045.503
HRFB	-	-	-	-	35.552	217.107	196.425	217.991	217.569	221.132	232.073	1.337.849
HMV	-	-	-	-	-	-	93.858	123.512	189.074	199.053	63.299	668.796
HRRBC	-	-	-	-	-	-	-	89.649	299.239	325.353	372.510	1.086.751
HREC	-	-	-	-	-	-	-	-	97.364	424.397	221.319	743.080
HSS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	134	1.698	1.832
Total	0	344.951	1.145.909	1.737.136	2.345.673	2.704.982	2.722.412	3.005.714	3.673.269	4.209.690	4.128.031	26.017.767

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do TABNET-PE.

Nota 1: HMA (contrato: Nov/2009); HDM (contrato: Mai/2010); HDH (contrato: Jun/2010); HPS (contrato: Nov/2011); HJMO (contrato: Set/2012); HEC (contrato: Nov/2011); HRPSM (contrato: Dez/2011); HRFB (contrato: Nov/2013); HMV (contrato: Nov/2015), HRRBC (contrato: Ago/2016); HREC (contrato: Ago/2017); HSS (contrato: Ago/2018).

Nota 2: O HSS não possui atendimento ambulatorial. Os dados referentes ao hospital representam as AIHs geradas a partir dos internamentos.

A partir da Tabela 2, também é possível afirmar que onze hospitais apresentaram aumento na produção hospitalar entre a assinatura do contrato e o mês de dezembro de 2019. No caso do HMV, houve um aumento da produção hospitalar entre 2015 e 2018, entretanto, em 2019 essa unidade apresentou redução de 68% nessa produção em relação à 2018. A referida redução foi observada especificamente nos atendimentos ambulatoriais da unidade, enquanto o número de internações aumentou no mesmo período.

O acompanhamento e a análise das variações na produção das unidades hospitalares devem ser realizados pelas instâncias de regulação da SES/PE para identificar possíveis

interferências internas e externas ao uso da capacidade instalada dos serviços. Além disso, podem evitar a inadvertida transferência de recursos públicos relativos àqueles contratos de gestão em que as metas não tenham sido alcançadas.

Tabela 3 - Recursos referentes à produção ambulatorial e hospitalar aprovada dos hospitais sob gestão de OSS. Pernambuco, 2010 - 2019.

Estabelecimento	Total (R\$)
Hospital Dom Malan	196.833.311,41
Hospital Dom Helder Câmara	165.217.145,22
Hospital Pelópidas Silveira	127.144.912,59
Hospital Miguel Arraes	127.024.840,79
Hospital Regional de Palmares Sílvia Magalhães	68.606.917,81
Hospital Mestre Vitalino	51.339.546,03
Hospital João Murilo de Oliveira	47.277.626,31
Hospital Regional Fernando Bezerra	37.772.090,93
Hospital Ermírio Coutinho	25.828.054,04
Hospital Regional Ruy de Barros Correia	22.164.986,19
Hospital Regional Emília Câmara	9.822.494,64
Hospital São Sebastião	1.020.836,00
Total	880.052.761,96

Fonte: TABNET-PE, 2022.

Elaboração própria.

No período de 2010 a 2019, o governo de Pernambuco recebeu do FNS o repasse financeiro no valor de R\$ 880.052.761,96 referente à produção aprovada dos doze hospitais sob gestão de OSS (Tabela 3). A remuneração dos procedimentos dos quatro hospitais de alta complexidade se destaca por representar 70% do total dos recursos. Entretanto, esse montante de recursos recebido pela SES/PE não foi suficiente para honrar os contratos de gestão em sua completude, conforme será analisado na terceira seção.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE PRESENTES NA REDE HOSPITALAR DE PERNAMBUCO

Essa seção objetiva caracterizar as OSS que estabeleceram contratos de gestão com a SES/PE para a execução de serviços de saúde nos hospitais. Para isso, foram considerados: a origem das instituições, os títulos públicos concedidos pelo estado, sua qualificação, assim como o montante de recursos públicos transferidos.

As Organizações Sociais, segundo a Lei Federal nº 9.637/1998, constituem entidades de direito privado que, por iniciativa do poder executivo obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder e assim ter direito à dotação orçamentária (BRASIL, 1998a).

Para a obtenção do título de Organização Social, as instituições privadas necessitam se submeter ao processo denominado de qualificação e, a partir deste, serem consideradas aptas à assinatura do contrato de gestão com a Administração Pública. Quanto aos critérios de habilitação para essa qualificação, inclui-se a comprovação da natureza jurídica da entidade, ou seja, ser constituída como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos (NÓBREGA, 2002, p.54).

Nesse processo, ao poder público cabe o juízo de valor sobre a natureza social da instituição o que tem promovido no âmbito jurídico um debate polarizado no que diz respeito ao poder discricionário do executivo na qualificação da OS. Isso porque, uma vez atendidos os requisitos legais, a autoridade competente decidirá de forma discricionária - conforme se discute na seção 5.3 - segundo seus critérios de oportunidade e conveniência se qualificará, ou não, a entidade como OS.

Morais et al (2018) apontam que o principal benefício da qualificação como OS é a possibilidade das empresas receberem recursos financeiros e de administrar os bens, os equipamentos e a força de trabalho do poder público. Mesmo sendo uma condição necessária para a assinatura do contrato de gestão, a legislação federal não faz referência quanto à obrigatoriedade dessa titulação para o processo de seleção da entidade, conforme se discute na seção 5.3.

Em Pernambuco, os editais de seleção para a rede hospitalar disponíveis no site oficial do governo não têm exigido a qualificação como OSS como condição para que as entidades participem do processo. Permitem a participação daquelas que pretendem se qualificar como OSS embora não façam referência sobre a comprovação dessa pretensão (PERNAMBUCO, 2022).

A qualificação das OS e seus requisitos, de forma semelhante à Lei Federal nº 9.637/1998, foram instituídos em Pernambuco através da Lei Estadual nº 11.743, de 20.01.2000¹⁸,

¹⁸ As pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, poderão qualificar-se como OS desde que comprovem o registro de seu ato constitutivo e atendam aos seguintes requisitos: I - natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação; II - finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento

posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 23.046, de 19.02.2001. Além disso, a partir da publicação da Lei nº 12.973/2005, tornou-se obrigatória a renovação da titulação de OS, a qual passou a ter validade de dois anos, necessitando ser renovada periodicamente. No âmbito federal a renovação não é exigida. Em 2009, o governo instituiu o Modelo Integrado de Gestão do Poder Executivo e delegou ao Núcleo de Gestão¹⁹ a responsabilidade pela anuência das qualificações das OS e suas respectivas renovações (BRASIL, 1998a; PERNAMBUCO, 2000; PERNAMBUCO, 2001; PERNAMBUCO, 2005).

Conforme mencionado anteriormente, a implementação do modelo de gestão por OS, compreendido como uma política de privatização crescente no estado, iniciou-se no campo da saúde em 2009, no governo de Eduardo Campos (PSB), com a inauguração do Hospital Miguel Arraes e expandiu-se para outros equipamentos de saúde ao longo de 10 anos. Além disso, os municípios do estado incorporaram o referido modelo de gestão ao poder executivo com destaque para Recife, capital de Pernambuco, cuja gestão do PSB se mantém desde 2013.

Entre os anos de 2009 e 2019, sete instituições qualificadas como OSS assinaram contratos de gestão com a SES/PE voltados a rede hospitalar *Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP HOSPITALAR; Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP; Hospital do Tricentenário - HTri; Fundação Altino Ventura; Fundação Manoel da Silva Almeida - FMSA; Santa Casa de Misericórdia do Recife - SCMR; e Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer - SPCC.*

As entidades que originaram essas OSS possuem personalidade jurídica de direito privado sem fins lucrativos e/ou econômicos e são classificadas em organização/associação civil, fundação ou instituto. Todas elas desenvolviam atividades assistenciais mediante convênios no

das próprias atividades; III - previsão expressa de ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um Conselho de Administração e uma Diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas neste Regulamento; IV - previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral; V - composição e atribuições da diretoria; VI - obrigatoriedade de publicação anual, em jornal de grande circulação, dos relatórios financeiros, de execução do contrato de gestão, e de desempenho, disponibilizados, também, pela internet; VII - no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto; VIII - proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade; e IX - previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação: a) ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Estado, da mesma área de atuação; ou b) ao patrimônio do Estado, na proporção dos recursos e bens por este alocados (PERNAMBUCO, 2000).

¹⁹ O Núcleo de Gestão, subordinado diretamente ao Governador do Estado é composto pelos titulares dos seguintes órgãos: I- Vice-Governadoria; II - Secretaria da Casa Civil; III - Procuradoria Geral do Estado; IV - Secretaria de Planejamento e Gestão; V- Secretaria da Fazenda; VI- Secretaria de Administração; VII - Secretaria Especial da Controladoria Geral do Estado; VIII - Chefia de Gabinete do Governador.

âmbito do SUS, e nenhuma instituição foi criada apenas com a finalidade de se qualificar como OSS.

Além da titulação como OSS, obtida entre os anos de 2009 e 2014, as sete entidades também acumulavam o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS)²⁰ e o Título de Utilidade Pública²¹. Essa acumulação - OSS e CEBAS - permite que as instituições usufruam dos benefícios tributários referentes à concessão do CEBAS, particularmente a isenção de contribuições previdenciárias, e acumulem outros benefícios tributários próprios da condição de entidade de interesse social, além daqueles vinculados à qualificação como OSS (MORAIS ET AL, 2018). Turino, Sodré e Bahia (2018, p. 66) também observaram em seu estudo uma dupla certificação de entidades privadas sem fins lucrativos.

Desse modo, a possibilidade legal de convivência do certificado de filantropia com o título jurídico de OSS se constitui em um estímulo à formação de grandes conglomerados no setor saúde, em detrimento de outros modelos de gestão (MORAIS ET AL, 2018).

As sete OSS investigadas foram agrupadas em duas categorias: (i) entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem religiosa; e (ii) entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem não religiosa. Antes mesmo de atuarem como OSS, todas já eram fomentadas pelo estado pela prestação de serviços ao SUS, mediante outros convênios (Quadro 5).

Quadro 5 – Caracterização das Organizações Sociais da Saúde (OSS) com contratos de gestão, segundo origem institucional. Pernambuco, 2009-2019.

	Organização Social	Data da qualificação	Unidade	Caracterização
1	Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP HOSPITALAR	20.10.2009	H. Miguel Arraes H. Dom Malan H. Dom Helder Câmara	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem não religiosa

²⁰O CEBAS, inicialmente instituído por meio do Decreto nº 2.536/1998 com o nome de Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, e alterado pelos Decretos 7.237/2010 e 8.242/2014, é concedido às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação. No campo da saúde, o Ministério da Saúde é o órgão responsável por conceder e renovar essa certificação (BRASIL, 1998c; BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

A certificação, concedida às organizações e organizações da assistência social, é um instrumento que possibilita a organização usufruir da isenção das contribuições sociais, tais como a parte patronal da contribuição previdenciária sobre a folha de pagamento, Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL, Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS e Contribuição PIS/PASEP, permite ainda a priorização na celebração de contratualização/convênios com o poder público, entre outros benefícios (BRASIL, 2017b).

²¹O Título de Utilidade Pública é concedido às sociedades civis, as associações e as fundações, que não remunerem seus dirigentes, sejam constituídas no país e que tenham o fim exclusivo de servir desinteressadamente à coletividade. O título possibilita à instituição receber doações de pessoas jurídicas, dedutíveis até o limite de 2% do lucro operacional; receber bens apreendidos, abandonados ou disponíveis, administrados pela Secretaria da Receita Federal; o acesso às subvenções e auxílios da União Federal e suas autarquias; a autorização para realizar sorteios; a possibilidade de receber receitas das Loterias Federais; e possibilita a isenção da cota patronal ao INSS e de outras contribuições sociais (CPMF, CSLL, PIS, Cofins).

2	Santa Casa de Misericórdia do Recife	10.03.2010	H. Regional Fernando Bezerra	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem religiosa
3	Fundação Manoel da Silva Almeida	10.03.2010	H. Ermírio Coutinho H. Regional de Palmares Prof. Sílvio Magalhães	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem não religiosa
4	Hospital do Tricentenário	10.06.2010	H. João Murilo de Oliveira H. Mestre Vitalino (a partir de nov/2015) H. Regional Rui de Barros Correia H. Regional Emília Câmara	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem religiosa
5	Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira - IMIP	04.10.2011	H. Pelópidas Silveira	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem não religiosa
6	Fundação Altino Ventura	17.10.2013	H. Mestre Vitalino (2014 a out/2015)	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem não religiosa
7	Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer	25.02.2014	H. São Sebastião	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem não religiosa

Fonte: DOE/PE, SES/PE, Portal da Transparência de PE.

Elaboração própria.

No primeiro grupo, estão as OSS Hospital do Tricentenário e Santa Casa de Misericórdia do Recife, ambas vinculadas à entidades religiosas de origem católica e que não atuam no segmento de planos/convênios de saúde ou junto a pacientes particulares – setor privado da saúde.

A entidade Hospital do Tricentenário, fundada em 1954, *é uma associação civil de direito privado, de caráter beneficente de assistência social, com atividade preponderante na área de saúde conforme o estatuto social. Possui vinculação à Província da Santa Cruz da Congregação das Irmãs Missionárias da Imaculada Conceição da Mãe de Deus, com sede na cidade de Salvador, na Bahia* (HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO, 2022). Pelo Decreto Estadual nº 35.130, de 10 de junho de 2010²², foi qualificada como OS, sendo selecionada para a gestão de quatro hospitais públicos (Quadro 5).

A Santa Casa de Misericórdia do Recife, fundada em 1926 (conforme estatuto social), *é uma organização civil, sem fins lucrativos, subordinada à Arquidiocese de Olinda e Recife, regida por estatuto próprio. Para acompanhar o crescimento da população e de suas necessidades, ampliou suas atividades, disponibilizando serviços nas áreas da saúde, educação e assistência social. Possui como missão ofertar serviços de excelência, com base em princípios humanitários e cristãos* (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE, 2022). Foi

²² Decreto Estadual nº 35.130, de 10 de junho de 2010. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=35130&complemento=0&ano=2010&tipo=&url=>

qualificada como OS pelo Decreto Estadual nº 34.662, de 10 de março de 2010²³, sendo selecionada para a gestão de um hospital (Quadro 5).

No segundo grupo se encontram as entidades filantrópicas sem fins lucrativos e de origem não religiosa: OSS Fundação Manoel da Silva Almeida (FMSA), IMIP HOSPITALAR, IMIP, Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer e Fundação Altino Ventura. Dessas, apenas a FMSA atua no segmento de planos/convênios de saúde e atende a clientes particulares. Foi fundada em 1946 (conforme estatuto social) para *zelar pela vida da população pernambucana com amor e dignidade. Por ser um hospital filantrópico a instituição vive de doações e da bondade da sociedade* (FMSA, 2022). Foi qualificada como OS pelo Decreto Estadual nº 34.661, de 10 de março de 2010²⁴, sendo selecionada para a gestão de dois hospitais (Quadro 5).

A Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer, fundada em 1948, *é uma associação civil de direito privado e sem fins lucrativos, que se dedica ao diagnóstico e tratamento de pacientes oncológicos, exclusivamente para o SUS. Por ser uma instituição filantrópica mantenedora do Hospital do Câncer Pernambuco, necessita de doações contínuas de pessoas físicas e jurídicas para manter a qualidade no atendimento integral e humanizado aos pacientes* (SPCC, 2017; SPCC, 2022). Foi qualificada como OS pelo Decreto Estadual nº 40.536, de 25 de fevereiro de 2014²⁵, sendo selecionada para a gestão de um hospital (Quadro 5).

Merecem destaque duas instituições que compõem o maior complexo assistencial filantrópico da cidade do Recife. São elas a Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP HOSPITALAR e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Vinculadas que são ao SUS, atuam na prestação de serviços, na área de ensino e pesquisa em políticas específicas do MS além de oferecerem cursos de graduação e pós-graduação por meio da Faculdade Pernambucana de Saúde. Essa última, também compõe o referido complexo assistencial.

A Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP HOSPITALAR, *foi criada em 1982 com o objetivo de promover os meios e recursos indispensáveis à manutenção e ao*

²³Decreto Estadual nº 34.662, de 10 de março de 2010. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=16451>.

²⁴Decreto Estadual nº 34.661, de 10 de março de 2010. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=34661&complemento=0&ano=2010&tipo=&url=>

²⁵Decreto Estadual nº 40.536, de 25 de fevereiro de 2014. Disponível em: <https://hcppgestao-portal.hcppgestao.org.br/storage/decretos/SPCC-como-OSS.pdf>

funcionamento da Maternidade Oscar Coutinho, bem como prestar serviços de assistência de saúde a mulheres e crianças carentes do estado de Pernambuco, possibilitando desenvolver também atividades de ensino, pesquisa e extensão (IMIP HOSPITALAR, 2014). Foi qualificada como OS pelo Decreto Estadual nº 34.041, de 20 de outubro de 2009²⁶, sendo selecionada para a gestão de três hospitais (Quadro 5).

O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP *foi criado em 1960 é uma entidade filantrópica, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Voltado para o atendimento da população carente pernambucana, o complexo hospitalar do IMIP é reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do país, sendo centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas* (IMIP, 2022). Foi qualificado como OS pelo Decreto Estadual nº 37.204, de 04 de outubro de 2011²⁷, sendo selecionado para a gestão do Hospital Pelópidas Silveira (Quadro 5).

A Fundação Altino Ventura - FAV é uma instituição de origem privada, sem fins lucrativos, fundada em 1986. Segundo o site da OSS, a fundação é *tradicionalmente reconhecida como centro de excelência em assistência em saúde ocular, atende aos pacientes da população de baixa renda, usuários do SUS em Pernambuco* (FAV, 2022). Foi qualificada como OS por meio do Decreto Estadual nº 39.955, de 17 de outubro de 2013²⁸, sendo selecionada para a gestão um hospital (Quadro 5).

Diante das informações obtidas nos sítios eletrônicos das entidades, observou-se que três delas enfatizaram a assistência à população carente e de baixa renda. Contudo, cabe explicar que a benemerência, a filantropia e a caridade são mecanismos que acompanharam historicamente a formação do aparato de assistência social brasileiro e se mantêm até hoje. Nessa formação, o sistema de regulação exercido pelo Estado foi pactuado com os interesses da Igreja e das classes dominantes mantenedoras das organizações sociais sem fins lucrativos e, portanto, o acesso ao fundo público por meio de subvenções vem possibilitando que a assistência privada e a religiosa se tornassem públicas (MESTRINER, 2008, p.294).

Desde o início do século XX, a articulação entre o Estado e as organizações sociais sem fins lucrativos foi reformulada, com modelos aparentemente novos, mas reprodutores da velha relação e representados pela ampliação de benefícios, isenção de taxas e de tributos. Assim, os

²⁶ Decreto Estadual nº 34.041, de 20 de outubro de 2009. Disponível em:

<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=34041&complemento=0&ano=2009&tipo=&url=>

²⁷ Decreto Estadual nº 37.204, de 04 de outubro de 2011. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=18308>

²⁸ Decreto Estadual nº 39.955, de 17 de outubro de 2013. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=14545>

modelos de regulação da filantropia se modificaram mais pelo volume de recursos orçamentários destinados à essas entidades do que pela natureza da atenção prestada pelos serviços sociais aos beneficiados (MESTRINER, 2008, p.294).

A partir da criação do SUS - um sistema estabelecido como de caráter universal pela CF de 1988 (BRASIL, 1988) que compreende a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado - perde sustentação o discurso de que a assistência social, em particular no campo da saúde, é apenas para pobres e vulneráveis.

Conforme abordado anteriormente, em Pernambuco a renovação do título de OS é obrigatória garantindo, assim, a manutenção dos contratos de gestão vigentes e da habilitação dessas entidades para a assinatura de novos instrumentos contratuais. Essa renovação deve ser realizada pela OS por meio de solicitação ao poder executivo estadual.

Entretanto, as sete OSS analisadas apresentaram lacunas temporais entre a vigência final da qualificação e sua renovação, as quais variaram de um dia a quatro anos e oito meses (Quadro 6).

Quadro 6 – Caracterização das Organizações Sociais da Saúde (OSS) segundo a qualificação e suas renovações. Pernambuco, 2009-2019.

	Organização Social	Qualificação	Renovação da qualificação	Renovação da qualificação	Renovação da qualificação	Renovação da qualificação
1	Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP HOSPITALAR	20.10.2009	08.10.2012	28.11.2014	28.11.2016	28.11.2018
2	Santa Casa de Misericórdia do Recife	10.03.2010	11.03.2012	11.03.2016	11.03.2018	-
3	Fundação Manoel da Silva Almeida	10.03.2010	11.03.2012	13.11.2018	-	-
4	Hospital do Tricentenário	10.06.2010	11.06.2012	04.11.2015	01.11.2017	-
5	Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira - IMIP	04.10.2011	06.10.2013	06.10.2015	06.10.2017	07.10.2019
6	Fundação Altino Ventura	17.10.2013	04.11.2016	22/03/2018	-	-
7	Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer	25.02.2014	27.03.2016	27.03.2018	-	-

Fonte: DOE/PE, SES/PE, Portal da Transparência de PE.
Elaboração própria.

Considerando que o presente estudo direcionou a análise para o período em que os contratos de gestão da SES/PE com as OSS estavam vigentes, observou-se que cinco OSS permaneceram com contratos de gestão irregulares no período em que os respectivos títulos de qualificação estavam vencidos. Cabe ressaltar que, mesmo sem a qualificação vigente das OSS, os contratos de gestão e os pagamentos foram mantidos pela SES/PE, inclusive com a assinatura de termos aditivos nesse período.

Outro ponto observado foi a presença de 17 decretos estaduais publicados entre 2012 e 2019 com a finalidade de renovar retroativamente a qualificação das OSS. Aliás, o Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE/PE) já havia manifestado estranhamento no relatório de prestação de contas de 2018 e reiterado no relatório de auditoria especial de conformidade em 2019, pela identificação de decretos estaduais com aplicação retroativa para a renovação da qualificação das OSS (PERNAMBUCO, 2018, p. 44; PERNAMBUCO, 2019b, p. 61).

O TCE/PE ressaltou ainda que o processo de requalificação das OSS não se trata de mera formalidade. É, em verdade, importante instrumento de acompanhamento, pois, nesse momento, a organização comprova a realização devida das atividades para as quais foi contratada. Além disso, é aferida a situação econômica da entidade e é atestado o cumprimento dos deveres fiscais, trabalhistas e previdenciários (PERNAMBUCO, 2019b, p. 61).

Por conseguinte, o não cumprimento da legislação pelo Estado quando executa os contratos de gestão e realiza pagamentos às entidades sem a qualificação necessária, demonstra de forma clara a presença de irregularidade, uma vez que as OSS não sofreram qualquer tipo de penalidade, demonstrando assim a fragilidade dos controles exercidos sobre essas organizações.

No tocante aos recursos públicos, entre 2009 e 2019, observou-se uma crescente transferência de receitas estaduais pela SES/PE às organizações privadas sem fins lucrativos (OSS, OSCIP, OSC), no valor de aproximadamente R\$ 8,7 bilhões, o que correspondeu a 19% do total de recursos utilizados para pagamentos por essa secretaria. No período, essas transferências corresponderam a uma variação anual de 3% a 33% do valor total dos recursos.

As informações relativas aos recursos transferidos anteriormente a 2013 pelo governo de Pernambuco às OSS não foram disponibilizadas no Portal da Transparência. Entretanto, cabe ressaltar que entre os anos de 2009 e 2012 existiram 07 contratos de gestão vigentes e que pagamentos foram realizados em favor das OSS. Além disso, não foram disponibilizadas as

informações sobre transferências realizadas para duas OSS, relativas aos contratos de gestão assinados em março de 2014 e agosto de 2018.

Quanto aos recursos financeiros transferidos às OSS, a partir dos dados disponíveis, identificou-se que a Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP HOSPITALAR, entre 2013 e 2019, recebeu mais de R\$ 1 bilhão referente aos contratos de gestão de três hospitais. As OSS Hospital do Tricentenário e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP ocupam o segundo e terceiro lugares nos valores dessas transferências, tendo recebido, respectivamente, R\$ 500 e 600 milhões (Tabela 4).

Tabela 4 - Recursos repassados pela SES/PE às OSS com contrato de gestão na rede hospitalar. Pernambuco, 2009 - 2019.

Organização Social	Mês/ano contrato de gestão	Período dos dados disponibilizados no Portal da Transparência	Recursos transferidos por recursos transferidos às OSS por contrato de gestão (R\$)	Total de recursos transferidos (R\$)
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP HOSPITALAR	11/2009 (HMA) 04/2010 (HDM) 05/2010 (HDH)	2013 a 2019 2016 a 2019 2016 a 2019	521.597.873,58 222.188.926,90 261.051.375,64	1.004.838.176,12
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP	10/2011 (HPS)	2013 a 2019	510.776.614,83	510.776.614,83
Hospital do Tricentenário	09/2012 (HJMO) 11/2015 (HMV) 08/2016 (HRRBC) 08/2017 (HREC)	2013 a 2019 2016 a 2019 2018 a 2019 2018 a 2019	216.715.055,59 291.120.157,67 43.323.375,12 30.890.577,70	582.049.166,08
Fundação Altino Ventura	03/2014 (HMV)	-	sem dados	sem dados
Fundação Manoel da Silva Almeida	10/2011(HRPSM) 11/2011(HEC)	2013 a 2019 2013 a 2019	318.059.842,80 130.606.931,93	448.666.774,73
Santa Casa de Misericórdia do Recife	11/2013 (HRFB)	2018 a 2019	50.006.938,47	50.006.938,47
Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer	08/2018 (HSS)	-	sem dados	sem dados
Total				2.593.337.670,23

Fonte: Portal da Transparência de Pernambuco

Elaboração própria.

Nota: Os repasses à FAV pelo contrato do HMV e à SPCC pelo contrato do HSS não foram informados no Portal da Transparência.

A transparência das informações é uma das diretrizes apresentadas pela Lei Federal nº 9.637/1998 para o Programa Nacional de Publicização, anterior à publicação da Lei Federal nº 12.527/2011 que regulamenta o acesso à informação. No âmbito estadual, a Lei nº 11.743/2000 traz como um dos objetivos do Sistema Integrado de Prestação de Atividades Públicas Não-Exclusivas *possibilitar a efetiva redução de custos e assegurar a transparência na alocação e utilização de recursos* (BRASIL, 1998a; BRASIL, 2011a; PERNAMBUCO, 2000).

Desse modo, a transparência das informações é fundamental para a fiscalização de contratos celebrados entre o Estado e o setor privado. No campo da saúde, observa-se que os repasses de recursos financeiros são volumosos e frequentes, o que denota ainda mais a importância na clareza das informações para o exercício da cidadania e da proteção dos direitos fundamentais (ZAGANELLI e BUSSINGUER, 2018. p. 90).

Diante dos dados apresentados na Tabela 4, chama a atenção a não publicização dos valores correspondentes aos repasses financeiros para as OSS variando de três a seis anos o período decorrente entre a assinatura do contrato de gestão e a disponibilização das informações no Portal da Transparência Estadual.

Importa reafirmar que os sítios eletrônicos devem disponibilizar o maior conteúdo de dados que são de interesse público para possibilitar a fiscalização pela sociedade. Além disso, essa informação precisa apresentar linguagem inteligível a fim de que possa ser rapidamente encontrada por um cidadão comum (ZAGANELLI e BUSSINGUER, 2018. p. 101).

Diante do exposto, constata-se que o governo de Pernambuco não ofereceu transparência às transações financeiras direcionadas às OSS comprometendo, assim, a prestação de contas à população e os mecanismos de controle e regulação públicos. A ineficácia do controle interno do próprio Estado vai de encontro às propostas reformistas que subsidiaram a criação do Sistema Integrado de Prestação de Atividades Públicas Não-Exclusivas em Pernambuco interferindo decisivamente nos mecanismos de proteção ao interesse público.

5.3 OS CONTRATOS DE GESTÃO E OS TERMOS ADITIVOS: UMA ANÁLISE À LUZ DA LEGISLAÇÃO APLICADA

Nesta seção, pretende-se apresentar e discutir os achados mais importantes relativos à análise dos contratos de gestão e dos termos aditivos no tocante aos objetos contratuais, prazo de vigência, supressões e acréscimos financeiros e metas assistenciais. Para isso, os achados da pesquisa foram correlacionados com a legislação vigente, registrando-se as evidências que incorreram em prejuízo ao interesse público.

Os aspectos a seguir discutidos revelam que a não observância dos preceitos legais que nortearam os procedimentos administrativos na construção dos contratos de gestão e respectivos termos aditivos dificultam o processo regulatório, o qual é peculiar ao poder público e indispensável para proteger o interesse da sociedade.

Como abordado nas seções anteriores, cabe esclarecer e reforçar que os contratos de gestão e seus termos aditivos são os instrumentos jurídico-obrigacionais formalizados pelo gestor público, nesse caso a SES/PE, junto às instituições qualificadas como OSS. Como regra, sua formalização não depende de licitação, embora a empresa selecionada possa estar sujeita a alguma espécie de processo seletivo (LINS, 2018, p. 160).

No estado de Pernambuco, a legislação concernente às OSS²⁹ e suas respectivas alterações³⁰ foram omissas quanto ao processo de seleção. A propósito, esse registro está compatível com a legislação federal no sentido de que a escolha da OSS é discricionária à Administração Pública, considerando-se a não obrigatoriedade de processo de seleção das empresas a serem contratadas até o ano de 2017³¹, quando foi definida a seleção por meio de chamamento público (BRASIL, 1998a). Tal omissão facilita o direcionamento para a contratação de instituição de interesse da Administração Pública, bem como a não observância do princípio da isonomia.

Mesmo assim, entre 2009 e 2017, as OSS foram selecionadas via processos de seleção pública, os quais também permaneceram sendo realizados em 2018 e 2019. Após a escolha da OSS, em princípio a partir de planos de trabalho (não divulgados), foram firmados os contratos de gestão. Esses instrumentos formalizam a execução dos serviços, das atividades, das metas e dos objetivos a serem alcançados nos prazos pactuados; do cronograma de desembolso financeiro; e, por fim, dos mecanismos de avaliação das atividades da OS (BRASIL, 2017a).

Embora pareça clara a definição do contrato de gestão presente na lei, não existe um entendimento/consenso sobre sua natureza entre os autores da área administrativa e/ou jurídica. Acredita-se ser um tema novo no direito brasileiro, sendo pouco tratado pela doutrina e praticamente inaplicado no âmbito judicial. O contrato de gestão é um exemplo em que a aplicação prática antecede o labor legislativo exigindo a acomodação de um instrumento novo ao ordenamento jurídico vigente (DI PIETRO, 2022, p. 340; LINS, 2018, p. 156).

²⁹ Lei Estadual nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000 (PERNAMBUCO, 2000).

³⁰ Lei Estaduais: Lei nº 12.973/2005, Lei complementar nº 141/2009, Lei nº 14.248/2010, Lei nº 15.210/2013, Lei nº 16.155/2017, Lei nº 16.771/2019 (PERNAMBUCO, 2005, 2009, 2010, 2013, 2017, 2019).

³¹ O Decreto nº 9190, de 01 de novembro de 2017, define que a seleção da entidade privada sem fins lucrativos a ser qualificada como organização social será realizada pelo órgão supervisor ou pela entidade supervisora da área e observará as seguintes etapas: I - divulgação do chamamento público; II - recebimento e avaliação das propostas; III - publicação do resultado provisório; IV - fase recursal; e V - publicação do resultado definitivo (BRASIL, 2017a).

Para Di Pietro (2022, p. 340), os contratos de gestão são uma espécie de convênio, enquanto outros autores advogam a tese de que constituem contratos administrativos comuns (VIOLIN, 2015, p. 302).

Em Pernambuco, a Lei Estadual nº 11.473/2000 que estabelece a criação das OS no âmbito do Estado refere que o contrato de gestão é firmado “*por acordo de vontades*” entre o poder público e a OS e que este discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações das partes. As cláusulas essenciais³² aos contratos de gestão foram inseridas apenas em 2005, com a publicação da Lei Estadual nº 12.973, embora nesse período não tenham sido estabelecidos contratos no âmbito da saúde (PERNAMBUCO, 2000; PERNAMBUCO, 2005).

A primeira cláusula essencial deve conter a especificação do serviço publicizado, ou seja, o objeto do contrato. Em sua definição, o objeto precisa descrever de forma objetiva e clara qual a finalidade do contrato, traduzindo fielmente o tipo de serviço a ser prestado (PERNAMBUCO, 2005).

Nos 12 contratos de gestão analisados, os objetos possuem um teor genérico, amplo e extensivo e se repetem quanto ao conteúdo “*operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela contratada no hospital...*”, diferenciando-se apenas quanto ao nome da instituição hospitalar a ser gerida pela OSS. Estranhamente, apesar das unidades de saúde apresentarem estrutura, finalidade e perfil assistencial distintos, essas diferentes características não são nomeadas. Em todo o período analisado, não se observou qualquer modificação na redação dos objetos dos contratos de gestão.

De forma equivalente, Sodré e Bussinguer (2018, p. 51), em seu estudo sobre as OSS nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, identificaram que os objetos dos contratos de gestão investigados apresentavam uma relativa padronização, e que, com pequenas variações, tratavam da “*operacionalização, da gestão e execução, pela contratada, das atividades e serviços de saúde*”. No referido estudo, também foi apontado que as cláusulas dos objetos analisados eram

³² Art. 14 § 3º São cláusulas essenciais do contrato de gestão: I - a do objeto, que conterà a especificação do serviço publicizado; II - a de estipulação das metas e dos resultados a serem atingidos e os respectivos prazos de execução ou cronograma; III - a de previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de resultado; IV - a de previsão de receitas necessárias para o desempenho do serviço a ser realizado, contendo as correlações orçamentárias; inclusive a remuneração da entidade pelas atividades de gestão quando cabível; V - a que estabelece as obrigações da contratada, entre as quais a de apresentar ao Poder Público, ao término de cada exercício, relatório sobre a execução do contrato, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado de prestação de contas dos gastos e receitas efetivamente realizados, independente das previsões mencionadas no inciso anterior; e VI - a de publicação, na imprensa oficial do Estado, de extrato do contrato de gestão e de demonstrativo da sua execução física e financeira, conforme modelo simplificado estabelecido no regulamento desta Lei, contendo os dados principais da documentação obrigatória do inciso anterior, sob pena de não-liberação dos recursos previstos (PERNAMBUCO, 2005).

vagas e abrangentes. Todos os contratos, sem exceção, traziam um padrão de ações a serem executadas, mesmo que para diferentes tipos de serviços contratados.

Quanto a esse aspecto, segundo COSTA (2019, p. 99), a Lei Federal nº 9.367/1998 tratou apenas de demarcar a moldura do objeto e transferiu à discricionariedade do poder público para delimitar o objeto conforme o serviço a ser prestado (BRASIL, 1998a).

Diante desses achados, os resultados obtidos apontam que a padronização do objeto contratual e seu conteúdo genérico podem facultar ao gestor público a elaboração de termos aditivos cujos objetos, ao fugirem do contrato inicial, terminam por permitir o aumento e a transferência ilegal de recursos públicos às OSS.

Para toda alteração contratual é exigida a formalização de termo aditivo, desde que analisado e aprovado pelas comissões de controle instituídas no âmbito do poder público. Essas alterações podem ser determinadas unilateralmente pela administração pública ou provocadas pela empresa contratada.

No período de 2009 a 2019, foram assinados 159 termos aditivos entre a SES/PE e as OSS contratadas (Tabela 5). Os resultados obtidos em Pernambuco mostram que a média de termos aditivos por contrato de gestão foi de 13,5, precisamente o dobro, ou até mais que isso, para os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo, conforme o estudo de Fernandes (2018, p.131).

Tabela 5 - Distribuição dos contratos de gestão da SES/PE e respectivos termos aditivos segundo a OSS contratada e o hospital. Pernambuco, 2009 - 2019.

	OSS	Hospital	Município do hospital	Contrato	Data da assinatura	Quantidade de Termos aditivos
1	IMIP HOSPITALAR	HMA	Paulista	001/2009	25.11.2009	25
2	IMIP HOSPITALAR	HDM	Petrolina	007/2010	04/2010*	34
3	IMIP HOSPITALAR	HDH	Cabo de Santo Agostinho	006/2010	24/05/2010	26
4	IMIP	HPS	Recife	004/2011	17/10/2011	14
5	Fundação Manoel da Silva Almeida	HRPSM	Palmares	003/2011	17/10/2011	12
6	Fundação Manoel da Silva Almeida	HEC	Nazaré da Mata	005/2011	17/11/2011	8
7	Hospital do Tricentenário	HJMO	Vitória de Santo Antão	001/2012	01/09/2012	12
8	Irmandade Santa Casa de Misericórdia	HRFB	Ouricuri	002/2013	01/11/2013	12
9	Hospital do Tricentenário	HMV	Caruaru	001/2015	20/11/2015	09

10	Hospital do Tricentenário	HRRBC	Arcoverde	001/2016	19/08/2016	04
11	Hospital do Tricentenário	HREC	Afogados da Ingazeira	002/2017	30/08/2017	02
12	SPCC	HSS	Caruaru	002/2018	20/08/2018	01
	TOTAL					159

Nota: Elaboração própria.

Fonte: Portal da Lei de Acesso à Informação do governo de PE e site oficial da SES/PE.

Nota: IMIP HOSPITALAR- Fundação Professor Martiniano Fernandes; IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; SPCC - Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer; HMA - Hospital Miguel Arraes; HDM - Hospital Dom Malan; HDH - Hospital Dom Helder; HPS - Hospital Pelópidas Silveira; HRPSM - Hospital Regional Silvio Magalhães; HEC - Hospital Ermírio Coutinho; HJMO - Hospital João Murilo de Oliveira; HRFB - Hospital Regional Fernando Bezerra; HMV - Hospital Mestre Vitalino; HRRBC - Hospital Regional Rui de Barros Correia; HREC - Hospital Regional Emília Câmara; HSS - Hospital São Sebastião.

*Contrato disponibilizado pelo Portal da Transparência/PE sem a data de assinatura.

A análise dos 159 termos aditivos apontou existirem 31 tipos de objetos diferentes, distribuídos nos documentos de forma individual ou associado a outro objeto no mesmo termo (Tabela 6). Os objetos mais frequentes identificados nos instrumentos firmados foram *prorrogação do prazo de vigência, reajuste financeiro para a abertura de leitos, repasse de recurso para aquisição de equipamentos, acréscimo financeiro para implantação/manutenção de serviços, implementar o indicador "Meta de produção cirúrgica", (re)adequação dos termos do contrato à Lei nº 16.155/2017, (re)adequação dos termos do contrato à Lei nº 15.210/2013, retificação/alteração do número do CNPJ, substituição do representante do contratante.*

Cabe ressaltar que, entre os 31 objetos identificados, 17 (54%) geraram impacto financeiro aos contratos. Esses objetos estavam presentes em 96 termos aditivos, o que representa 60% dos 159 instrumentos analisados.

Paralelamente, foi observado que, entre os 17 tipos de objetos que provocaram impacto financeiro aos contratos, 05 estavam em desacordo com o objeto contratual, por não se incluírem no escopo do serviço a ser prestado pelas OSS, além de aparecerem em 20 (12,6%) entre os termos aditivos analisados, apresentando os conteúdos *repasso de recursos financeiros para aquisição equipamentos, repasse financeiro para aquisição/locação de ambulância, repasse financeiro para contratação de serviço terceirizado, repasse financeiro para troca de condensadores do sistema de climatização, repasse financeiro para pagamento de empresa contratada.*

A propósito, chama a atenção que os objetos supracitados tenham aparecido em mais de um termo aditivo para os contratos dos hospitais analisados, embora tenham sido mais frequentes naqueles estabelecidos com três OSS (Tabela 6).

Considerando que a Lei Federal (BRASIL, 1998a) e as Leis Estaduais (PERNAMBUCO, 2000; 2005), relativas ao tema das organizações sociais e dos contratos de gestão, não discorrem sobre as condições previstas para o estabelecimento de um termo aditivo, tem sido a Lei Federal nº 8.666/1993 (BRASIL, 1993) o instrumento norteador para os termos aditivos. Conforme o art. 124 da referida Lei, os contratos poderão ser alterados, desde que devidamente justificados³³.

Diante do exposto, um importante achado dessa investigação é o fato de quatro contratos de gestão, anteriores à Lei Estadual 15.210/2013, apresentarem termos aditivos cujo objeto *repassa de recursos com finalidade de aquisição de equipamentos* não estabelece relação com o objeto do contrato inicial conforme a Lei nº 8.666/1993 (PERNAMBUCO, 2013; BRASIL, 1993).

O caso de um termo aditivo, exemplifica bem a questão acima referida em que objeto *repassa de recursos com finalidade de aquisição de equipamentos*, contradiz o item das obrigações do contratante considerando ser um dos compromissos da SES/PE disponibilizar à contratada a estrutura física, os materiais permanentes, os equipamentos e os instrumentos para a organização, a administração e o gerenciamento do hospital. Entretanto, o termo aditivo foi aprovado pelas instâncias de controle, ficando legalmente formalizada a possibilidade do referido repasse.

Isso porque, foi apenas a partir da Lei Estadual nº 15.210/2013, pelo Art. 13, que passou a ser possível um Plano de Investimentos para os novos contratos de gestão com finalidade de aquisição dos equipamentos e adequação da infraestrutura pela OSS (PERNAMBUCO, 2013). Portanto, os 11 termos aditivos assinados antes de 2013, referentes à aquisição de equipamentos para as unidades administradas por duas OSS, evidenciam que o governo de Pernambuco ao ter prescindido da obrigação legal de processo licitatório, prévio ao empenho de recursos públicos, deixou em aberto a propriedade do bem enquanto patrimônio do Estado.

³³ As alterações contratuais podem ser realizadas: "I - unilateralmente pela Administração: a) quando houver modificação do projeto ou das especificações, para melhor adequação técnica a seus objetivos; b) quando for necessária a modificação do valor contratual em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto, nos limites permitidos por esta Lei; II - por acordo entre as partes: a) quando conveniente a substituição da garantia de execução; b) quando necessária a modificação do regime de execução da obra ou do serviço, bem como do modo de fornecimento, em face de verificação técnica da inaplicabilidade dos termos contratuais originários; c) quando necessária a modificação da forma de pagamento por imposição de circunstâncias supervenientes, mantido o valor inicial atualizado e vedada a antecipação do pagamento em relação ao cronograma financeiro fixado sem a correspondente contraprestação de fornecimento de bens ou execução de obra ou serviço; d) para restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe ou em decorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis, que inviabilizam a execução do contrato tal como pactuado, respeitada, em qualquer caso, a repartição objetiva de risco estabelecida no contrato." (BRASIL, 1993).

Nesse aspecto, o governo de Pernambuco não tem sido único no descumprimento à legislação. Analisando os objetos dos termos aditivos contratuais nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo, alguns autores constataram a presença de termos aditivos com objetos não contemplados ou fora do escopo de serviços, sem critérios específicos, com ampliação desordenada de valores não havendo, em muitos deles, sequer referência a finalidades que justifiquem o aumento desses valores (MORAIS ET AL., 2018; FERNANDES, 2015, p. 132; SODRÉ E BUSSINGUER, 2018, p. 48).

Ainda com referência ao descumprimento da legislação no estabelecimento dos termos aditivos, esta pesquisa evidenciou a quarteirização de serviços de saúde por meio de um termo aditivo. O objeto desse termo versa sobre o repasse de recursos financeiros à respectiva OSS para prestação de serviços em oncologia, os quais seriam, conforme o termo aditivo, transferidos à outra empresa, na condição de contratada pela referida OSS.

A propósito, a quarteirização diz respeito à contratação de uma ou mais empresas por uma OSS para a realização de serviços de saúde para a qual a mesma foi inicialmente contratada pelo poder público. Isso porque, as OSS somente estão autorizadas a contratar serviços especializados quando voltados às atividades-meio como vigilância, conservação e limpeza (BRASIL, 2011b).

Por essa razão, se explicaria a inexistência de menção para a subcontratação de empresas pelas OSS, isto é, processos de quarteirização, no âmbito da Lei Federal nº 9.637/1998 e, no estado de Pernambuco, das Leis nº 11.743/2000 e 15.210/2013 (BRASIL, 1998a; PERNAMBUCO, 2000, 2013).

Já os processos denominados de terceirização, aparecem como elementos constitutivos da estratégia reformista da administração pública dos anos 90, correspondendo à transferência de recursos para entes privados e destinados à execução de serviços públicos considerados não-exclusivos do Estado.

Entretanto, há evidências de processos de quarteirização indiscriminada nas relações das OSS com distintas empresas privadas, conforme estudos realizados em outros estados do país (FERNANDES, 2018, p. 140; ANDREAZZI e BRAVO, 2014; PILOTTO e JUNQUEIRA, 2017).

Vale chamar a atenção para o fato de que entre os 12 contratos de gestão e os 159 termos aditivos analisados, em apenas um, assinado em 2013, há proibição explícita da prática de

quarteirização *compete à contratada prestar os serviços, objeto do contrato de gestão, de forma exclusiva, sendo terminantemente proibida a subcontratação das atividades descritas no referido instrumento contratual e seus anexos.*

Nesse caso, há de se destacar que não foram encontradas justificativas para a inclusão da referida cláusula no contrato de gestão. Ainda que se leve em consideração o poder discricionário da administração pública, a pactuação por termos aditivos exige a especificação e explicação detalhada do objeto.

Entre as alterações contratuais, outro aspecto a ser discutido refere-se aos prazos de vigência dos contratos de gestão³⁴. Isso porque, as leis específicas para as OS, a Lei Federal nº 9.637/1998 e a Lei Estadual nº 11.743/2000, não faziam referência ao prazo de vigência contratual (BRASIL, 1998a; PERNAMBUCO, 2000). Nessa condição, no caso do estado de Pernambuco, até 2013 os contratos deveriam ser regidos pela Lei Federal nº 8.666/1993 (BRASIL, 1993) a qual disciplina o prazo de até sessenta meses para os contratos de prestação de serviços a serem executados de forma contínua (COSTA, 2019, p. 99).

Foi a partir de 2013, então, que a Lei nº 15.210 (PERNAMBUCO, 2013) estabeleceu no Art. 10:

“o prazo de vigência, que não poderá ser superior a 2 (dois) anos, renovável por sucessivos períodos, até o limite máximo de 10 (dez) anos, desde que reste demonstrada a vantajosidade da medida e o pleno atendimento das metas pactuadas, conforme parecer elaborado pela Comissão de Avaliação e aprovado pela autoridade máxima do órgão supervisor do contrato de gestão.”

Entre os doze contratos de gestão analisados, oito (67%) foram firmados anteriormente a Lei Estadual nº 15.210/2013 (a qual não possuía efeito retroativo). Esses contratos tiveram suas vigências prorrogadas por período acima de 60 meses, vigorando até 2019, por conseguinte, um tempo muito superior ao autorizado, em claro descumprimento à Lei nº 8666/1993 (PERNAMBUCO, 2013; BRASIL, 1993). Para isso, a SES/PE reescreveu os contratos originais por meio de termos aditivos cujos objetos tratavam da *adequação dos termos do contrato à Lei nº 15.210/2013*.

³⁴A verificação do interesse público no prolongamento da parceria deve necessariamente envolver uma análise criteriosa do desempenho da Organização Social na gestão dos serviços públicos delegados, notadamente o alcance e a eventual superação das metas previstas no contrato de gestão, as quais, por óbvio, devem ter sido fixadas igualmente em observância de critérios técnicos, fruto do planejamento realizado na gestão estratégica do serviço por parte do Estado (LINS, 2018, p. 166).

Uma situação limite das irregularidades presentes na execução dos contratos de gestão, foi observada quando da continuidade da prestação de serviços por uma determinada OSS após o término de vigência contratual³⁵. Nesse sentido, a partir do momento em que a OSS permanece prestando serviços sem contrato de gestão, essa prestação passa a ser realizada sob a égide dos contratos administrativos com empresas privadas, apontando a perda evidente de característica inerente às OSS. Além do mais, assegura o direcionamento na continuidade dos serviços por uma mesma OSS, ferindo o princípio da igualdade que deve nortear os atos administrativos.

O governo de Pernambuco, seja para justificar o aumento do aporte financeiro ou para ampliar os prazos dos contratos com as OSS, tem lançado mão de termos aditivos visando alterar condições previstas nos contratos de gestão e garantir facilidades para os agentes privados e as organizações filantrópicas, ainda que em desacordo à legislação. Deve-se insistir que não seria possível reescrever, por meio de termos aditivos, os contratos anteriores à Lei nº 15.210/2013 uma vez que a mesma não possui efeito retroativo (PERNAMBUCO, 2013).

O discurso propagado à época da implantação da política de publicização dos serviços não-exclusivos do estado pelo governador Eduardo Campos era que a adesão à terceirização no setor saúde, via contrato de gestão com as OSS, daria maior eficiência e eficácia aos serviços até então sob controle da gestão pública da saúde e ajudaria o gasto público a ser reduzido e a ganhar qualidade (XIMENES, 2015, p. 153).

Nos dados apresentados por Ximenes (2015, p.153), não se constatou um arrefecimento do gasto. Contraditoriamente, o que se evidenciou foi a implantação de um modelo que seguiu as ideias propagadas pelo projeto neoliberal de Reforma Administrativa do Estado, responsável por estimular a apropriação do fundo público por entes terceirizados que passaram a executar atividades antes exclusivas do Estado.

Quanto aos acréscimos e às supressões contratuais, deve-se registrar que em nove (75%) contratos de gestão houve acréscimos de recursos financeiros, um (8%) apresentou redução e dois (17%) não apresentaram alterações financeiras (Tabela 7).

³⁵Informação obtida em dois documentos (*Relação das transferências de recursos mediante contrato de gestão para Organizações Sociais*) anexados à Prestação de Contas de 2019 e de 2020 pela SES/PE ao sistema do TCE/PE.

Tabela 7 - Caracterização dos contratos de gestão para as OSS do estado de Pernambuco segundo acréscimos e supressões financeiras. Pernambuco, 2009 - 2019.

OSS	Hospitais	Assinatura do contrato de gestão	Valor (R\$) no contrato	Assinatura do último TA*	Valor (R\$) no último TA	Aumento dos recursos financeiros (%)
IMIP HOSPITALAR	HDM	MAIO/2010	20.376.000,00	DEZ/2019	65.439.152,88	221,15
Fundação Manoel da Silva Almeida	HEC	NOV/2011	10.200.000,00	JAN/2018	21.609.028,20	111,85
IMIP HOSPITALAR	HMA	NOV/2009	38.509.826,00	JAN/2018	79.187.111,16	105,63
IMIP HOSPITALAR	HDH	MAIO/2010	45.306.608,52	SET/2019	85.013.813,40	87,64
Fundação Manoel da Silva Almeida	HRPSM	OUT/2011	24.864.361,80	NOV/2018	48.083.576,04	93,38
Irmandade Santa Casa de Misericórdia	HRFB	NOV/2013	17.760.954,24	JAN/2019	27.418.092,72	54,37
Hospital do Tricentenário	HJMO	SET/2011	30.703.910,00	DEZ/2019	39.754.186,20	29,48
IMIP	HPS	OUT/2011	64.920.576,00	JAN/2016	78.561.767,17	21,01
Hospital do Tricentenário	HRRBC	AGO/2016	24.758.961,12	DEZ/2019	29.067.236,40	17,40
Hospital do Tricentenário	HREC	AGO/2017	23.541.539,88	DEZ/2019	23.541.539,88	sem alteração
SPCC	HSS	AGO/2018	27.601.739,76	sem termo aditivo	não se aplica	sem alteração
Hospital do Tricentenário	HMV	NOV/2015	176.903.836,20	DEZ/2019	103.143.594,24	-41,69

Elaboração própria.

* Até 31/12/20219.

Nota: IMIP HOSPITALAR – Fundação Professor Martiniano Fernandes; IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; SPCC – Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer; NA - Não se aplica/não houve.

Em contradição ao limite permitido pela Lei Federal nº 8.666/1993 (BRASIL, 1993)³⁶ (até 25%) a pesquisa evidenciou terem sido executados acréscimos financeiros acima de 25% do valor inicial em sete (58%) dos contratos de gestão. Cabe ressaltar que as leis das OSS³⁷ (federal e estaduais) não definem um limite para acréscimos e supressões. Como se pode observar na Tabela 7, alguns dos aumentos autorizados o foram, em percentuais que variam entre 29,48% e 221,15%, demonstrando o não cumprimento ao permitido em Lei.

Os acréscimos contratuais acima do permitido por lei também foram observados nos contratos de gestão formalizados nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo (MONTE CARDOSO e ANDRIETTA, 2018, p. 257; FERNANDES, 2018, p.132).

³⁶ Ainda que os aditivos contratuais sejam instrumentos legítimos para a formalização de alteração de cláusulas nos contratos, eles não podem ser utilizados para exclusiva legitimação de acréscimo de valores ao contrato original desconsiderando a legislação vigente (SODRÉ e BUSSINGUER, 2018, p. 54).

³⁷ Lei Federal nº 9.637/1998, Lei Estadual nº 11.743/2000 e a Lei Estadual nº 15.210/2013 (BRASIL, 1998a; PERNAMBUCO, 2000, 2013).

Ainda no tocante ao reajuste de valores contratuais, a legislação estadual anterior a 2013 não define os critérios para o reequilíbrio econômico-financeiro³⁸ dos contratos. A Lei Federal nº 8.666/1993 era, à época, o ordenamento jurídico aplicável aos contratos administrativos, e nesse caso, também para os contratos de gestão (BRASIL, 1993).

Contudo, a partir de 2013, o reequilíbrio econômico-financeiro passou a compor a relação de cláusulas essenciais previstas para o contrato de gestão e sua renegociação passou a ter previsão anual (PERNAMBUCO, 2013). Mesmo sem definir os parâmetros para o reajuste, a Lei prevê que não deve ser aplicado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, aplicado aos contratos administrativos³⁹. Ainda assim, em cinco termos aditivos observou-se que esse índice de correção tenha sido utilizado.

Estranhamente, em um contrato de gestão foi aplicado o percentual de reajuste da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o qual é específico para reajustes de planos de saúde médico-hospitalares (contratados a partir de 1999). Na literatura utilizada não foi encontrada situação similar.

Chama a atenção, ainda, a existência de diferentes descrições para os termos aditivos com finalidades de reajuste financeiro. Dos 159 termos analisados, 91 (57%) se referem a acréscimos contratuais, sendo que em 30 deles (33%) esses acréscimos aparecem sob denominações distintas, tais como *reequilíbrio econômico-financeiro*, *repactuação financeira* ou *reajuste de repasse de custeio*. Entre os demais 61 termos, há instrumentos que são compreendidos como reajustes contratuais, embora não recebam nenhuma das denominações anteriores.

Questões como essas demonstram que o poder público não estabeleceu de forma clara e objetiva uma padronização terminológica para condições que são semelhantes em sua finalidade de justificar a incorporação de acréscimos financeiros. Elas evidenciam, mais uma vez, a manipulação contratual que favorece aos interesses econômicos das OSS e que não prescinde da omissão das instâncias de controle.

³⁸O reequilíbrio econômico-financeiro ou recomposição de preços ou revisão é o meio para se restabelecer o equilíbrio da equação financeira da relação firmada entre a Administração e a contratada prejudicada por circunstâncias de fato impeditivas da execução do contrato, conforme a Lei nº 8.666/1993. O reajuste é utilizado para remediar os efeitos da desvalorização da moeda (inflação) e pode ocorrer pela aplicação de índices previamente estabelecidos no edital e no contrato, no caso prestação de serviços (UFSCAR, 2022).

³⁹A Lei Estadual nº 12.525/2003 estabelece diretrizes aos procedimentos de licitação e contratação no âmbito da administração pública. Define que o reajuste de preços dos contratos administrativos deverá observar o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, fornecido pelo IBGE (PERNAMBUCO, 2003).

Esses interesses vão muito além do lucro líquido. Embora caracterizadas como entidades sem fins lucrativos, as OSS buscam se apropriar do excedente gerado a partir das relações com empresas fornecedoras de serviços, de insumos, prestadores de consultorias ou até por meio de aplicações financeiras.

Segundo Monte Cardoso e Andrietta (2018, p. 254), essas relações extrapolam o âmbito da entidade viabilizando o favorecimento de uma rede de agentes que possuem como garantia a receita proveniente do Estado. Por um lado, enquanto a realização e a acumulação de superávits⁴⁰ viabiliza o crescimento do patrimônio do Estado através das OSS, são as vantagens geradas pela flexibilidade das relações e o grau de discricionariedade nas decisões na gestão dessas entidades que garantem a sobrevivência, a estabilidade e a força competitiva das OSS no mercado.

O que vem reforçar as OSS como estratégias atuais e incitantes do sistema do capital de fazer o dinheiro se valorizar e de criar valor. O processo de apropriação crescente dos recursos públicos pode ser explicado entendendo-se as organizações como forma política ancorada na dinâmica de expansão do mercado da saúde e na acumulação decorrente deste processo (MORAIS ET AL., 2018).

No que tange às metas⁴¹ definidas para os contratos de gestão, se apresentam divididas em dois grupos⁴², *volume de serviços contratados* e *indicadores de qualidade*. Esses serviços e indicadores compõem o instrumento contratual e devem ser definidos conforme a proposta de execução apresentada para a unidade de saúde. Com essa finalidade, devem ser considerados o porte da unidade, número e tipo de leitos, perfil dos pacientes a serem atendidos, tipos de serviços oferecidos, entre outros.

As metas contratuais consistem no objeto de monitoramento e fiscalização da execução dos serviços pelas instâncias internas e externas de controle do poder público devendo, para isso, serem estabelecidas de acordo com a capacidade instalada de cada serviço.

Segundo o Tribunal de Contas da União (TCU, 2013) os indicadores previstos nos contratos de gestão devem possuir os atributos necessários para garantir a efetividade da

⁴⁰Entende-se por superávit o recurso declarado na prestação de contas como excedente financeiro após o pagamento dos compromissos com prestadores de serviço, folha de pagamento e fornecedores necessários à manutenção dos serviços prestados previstos contratualmente.

⁴¹As metas são definidas como parâmetros para a fiscalização e para o controle dos contratos de gestão.

⁴²Observou-se que indicadores estavam discriminados em todos os contratos de gestão nos anexos denominados "*Descrição dos serviços*" e "*Indicadores de qualidade*".

avaliação dos resultados alcançados, abrangendo as dimensões necessárias à visão ampla acerca do desempenho da organização social.

No tocante ao *volume de serviços contratados*, com pouca variação, foi observado que as metas a serem alcançadas aparecem distribuídas nos contratos de gestão segundo *internação, atendimento ambulatorial, atendimento serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, atendimento às urgências, atendimento oncológico, atendimento às urgências odontológicas, atividades programadas em bloco cirúrgico/realização de cirurgias, sessões de hemodiálise, exames de citopatologia, angiografias cerebrais e intervenções terapêuticas (radiologia intervencionista)*.

A análise específica dessas metas suscitou alguns questionamentos: se onze hospitais possuem bloco cirúrgico, por que foram definidas apenas em um contrato *atividades programadas para o bloco cirúrgico/realização de cirurgias?*; se dez unidades hospitalares realizam atendimento ambulatorial que gera grande demanda de exames diagnósticos e terapêuticos, por que a meta *atendimento SADT* foi aplicada a apenas dois contratos?; por que em apenas um hospital foi aplicado o indicador *atendimento oncológico* considerando que duas unidades hospitalares oferecem atendimentos na especialidade de oncologia?

Considerando que a finalidade das OSS seria aumentar a eficiência dos serviços (BRASIL, 1997), o que poderia justificar a não definição de metas de acordo com a capacidade instalada dessas unidades sob gestão das OSS? O fato é que enquanto os hospitais da rede própria são monitorados por meio da produção assistencial⁴³ conforme a tabela SUS, os hospitais geridos por OSS o são por meio de indicadores previstos nos contratos de gestão, os quais não permitem analisar o total de procedimentos desenvolvidos pela unidade de saúde.

Não foi possível encontrar, nos sites eletrônicos do governo estadual e das OSS, documentos que justificassem a escolha das metas assistenciais relacionadas ao *volume de serviços contratados*. Esse “não achado” revela a falta de transparência na gestão pública, dificultando a regulação externa pelos órgãos de controle ou pela população. A propósito, Melo, Carnut e Mendes (2021) questionam se a dificuldade de acesso à informação dependeria do empenho de distintos grupos de interesse para limitar as pesquisas acerca dos contratos de gestão.

⁴³As unidades hospitalares que fazem parte do SUS apresentam mensalmente nos sistemas de informação os procedimentos realizados conforme sua complexidade. O Ministério da Saúde, por sua vez, avalia o conjunto de procedimentos apresentados pelas instituições de cada Estado considerando as habilitações concedidas a partir das linhas de cuidado do SUS.

Além das metas assistenciais, foram definidos indicadores de qualidade para avaliar o desempenho das atividades das OSS. Nos contratos de gestão analisados, esses indicadores aparecem distribuídos segundo *qualidade da informação, atenção ao usuário, controle de infecção hospitalar, mortalidade operatória, taxa de cesariana em primíparas, mortalidade hospitalar institucional*.

Entre esses, destacou-se o indicador *atenção ao usuário*⁴⁴, presente em todos os contratos de gestão, mediante o qual o usuário do serviço - nessa condição, um agente externo à OSS e à Administração Pública - poderia manifestar sua avaliação quanto à qualidade da assistência e à resolução do seu problema de saúde.

Nos dez anos analisados por essa pesquisa, observou-se em dez contratos de gestão, que a partir da formalização dos respectivos termos aditivos esse indicador deixou de compor percentualmente a parte variável da remuneração⁴⁵, passando a receber a denominação de *requisito de acompanhamento*. Quer dizer, o indicador não gera penalidade financeira quando a meta não for alcançada.

Nesse caso, importa destacar, que *atenção ao usuário* é um indicador cuja mensuração é dependente da população atendida e cuja avaliação demonstra o nível de satisfação com o atendimento oferecido para a resolução dos problemas de saúde. Questiona-se qual a intenção do poder público quando desconsidera, ao retirar o impacto financeiro, a opinião dos usuários no processo de monitoramento dos serviços prestados.

A de se questionar, por que, até o momento, os sucessivos governos do estado de Pernambuco não dispõem de estudos demonstrando a melhoria nos indicadores de saúde da população desde que iniciaram a implantação do modelo de OSS na saúde? Como comprovar a eficiência dos contratos de gestão apenas pela análise de metas quantitativas?

A partir dessa análise dos dez anos de vigência do Programa de Publicização dos Serviços Não-Exclusivos em Pernambuco, observou-se importante adesão da SES/PE resultando na expansão de equipamentos de saúde administrados pelas OSS. Deve ser registrada a inobservância de preceitos legais de parte dos responsáveis pela regulação interna dos contratos

⁴⁴O indicador "*atenção ao usuário*" possui como meta 80% das queixas dos usuários solucionadas e pesquisa de satisfação do usuário aplicada para 10% do total de pacientes de cada área da internação e 10% dos pacientes atendidos em consultas ambulatoriais.

⁴⁵Cabe explicar que as metas assistenciais representam, em geral, 30% da remuneração do contrato e compõem, junto aos indicadores de qualidade, a parcela variável do pagamento. Nessa parcela variável, representam 10% da remuneração contratual na qual o indicador *atenção ao usuário* possuía o peso individual de 25%.

de gestão, seja no estabelecimento desses, seja na formalização dos respectivos termos aditivos. Além disso, é possível afirmar que o poder executivo em Pernambuco não evitou a reincidência de faltas administrativas que vão de encontro à legislação em vigor.

Nesse contexto, salta à vista o deficiente processo de monitoramento das instâncias competentes para salvaguardar o interesse público, do que vem resultando crescente transferência de recursos financeiros para empresas privadas e favorecimento de interesses mercadológicos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das ações de controle interno esteve pautada no fenômeno da terceirização dos serviços públicos de saúde, especificamente relacionado ao modelo de gestão por OSS. Esse fenômeno tem repercutido na estrutura e nos fluxos da rede hospitalar de atenção à saúde e no próprio processo de regulação exercido pelo governo estadual, o qual deve salvaguardar o interesse público.

Conforme evidenciado nessa pesquisa empírica, persiste um movimento recorrente de expansão da filantropia, tal como na história da assistência social brasileira, porém, agora, sob a forma de OSS anunciadas como entidades sem fins lucrativos. Esse modelo tem proporcionado a transferência de recursos públicos para essas entidades, subsidiando e atendendo aos anseios desse segmento da organização privada de serviços de saúde.

As entidades qualificadas como OSS, beneficiam-se simultaneamente da condição de entidades filantrópicas ao acumularem isenções de taxas e tributos decorrentes da execução de serviços públicos. Tais serviços, amparados em conceitos de caridade e benemerência, apresentam como justificativa um ideal de solidariedade social que se distancia do interesse público em nítida aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Ao mesmo tempo em que são qualificadas como sem fins lucrativos, as OSS devem ser entendidas como uma vertente do setor privado ao viabilizarem acordos comerciais que favorecem aos fornecedores e prestadores de serviços diversos, fomentando a expansão desse conglomerado empresarial no mercado.

No tocante à legislação aplicada às OSS, observou-se uma sequência de alterações em seu marco legal por sucessivas edições de novas leis e decretos, com a intenção de conferir legalidade a ações administrativas anteriormente não previstas nos contratos e termos aditivos. Tais procedimentos são indicativos de falhas importantes do controle interno ao selecionar (discricionariamente), contratar e avaliar o desempenho dessas entidades.

Quanto à qualificação das OSS, concedida pelo Estado por “conveniência e oportunidade”, cabe apontar que o poder de decisão conferido por lei (federal e estadual) ao administrador público, ou seja, a discricionariedade, garante uma margem de liberdade, embora precise ter validade dentro dos limites permitidos por lei. O fato é que essa “liberdade” fere diretamente o princípio da isonomia, ou seja quando, por “conveniência”, entidades com pré-requisitos similares são beneficiadas com a qualificação em detrimento a outras.

A análise minuciosa dos 12 contratos de gestão e dos 159 termos aditivos que compuseram o acervo da pesquisa empírica realizada, permitiu concluir o quão distantes se encontram dos princípios da administração pública, tendo em vista a existência de objetos contratuais genéricos, termos aditivos não contemplados no objeto contratual, prorrogação de vigência e reajustes contratuais sem previsão legal, quarteirização de serviços e acréscimos financeiros acima do permitido. Tais demonstrações de incompatibilidade com os termos da legislação vigente, nos leva a indagar quanto às finalidades do controle interno sobre as atividades das OSS.

Também, a Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011a) não foi atendida pelos atores públicos e pelas entidades gerenciadoras das OSS. A ausência de partes que deveriam integrar os instrumentos contratuais, tais como anexos e notas técnicas, além de pareceres das instâncias de controle interno da SES/PE e do próprio governo do Estado, se constituem um indicativo do deficiente processo regulatório instituído pelo poder público em Pernambuco.

Assim, esse estudo evidenciou que simultaneamente à tendência expansionista de práticas do modelo de gestão por OSS se fazem presentes distorções inquestionáveis no processo de controle interno. Desse modo, o aumento de entidades filantrópicas qualificadas como OSS com contratos de gestão, vem possibilitando a transferência expressiva de parcelas do fundo público a essas empresas privadas, mesmo quando irregularidades são apontadas e reiteradas pelos órgãos de controle externo.

Diante do exposto, urge o fortalecimento da atuação da sociedade enquanto controle social sobre a eficiência e a qualidade dos serviços prestados pelas OSS. A sociedade deve se fazer presente, sempre, nos espaços representativos de defesa do interesse público.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200004>. Acesso em: 26 nov. 2020.
- ALMEIDA, Celia. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 14, 2017, Suppl 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197316>. Acesso em: 18 mar. 2020.
- ANDERSON, Perry. In: SADER, E.; GENTILI, P. (org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. Bibliografia: p. 10.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 03, p. 499-518, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>. Acesso em: 09 jun. 2020.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2.865-2.875, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Acesso em: 15 out. 2022.
- BAHIA, Lúgia. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300011>. Acesso em: 22 abr. 2020.
- BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. “Relatividade” da competência discricionária. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, n. 212. p. 49-56, abr./jun. 1998.
- BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de Direito Administrativo**. 32 ed. São Paulo: Malheiros, 2015. Bibliografia: p. 240-244.
- BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>. Acesso em: 23 jun. 2020.
- BOYER, Robert. **Teoria da Regulação**. Tradução: Paulo Cohen. Os fundamentos. São Paulo: Estação Liberdade, 2009. Título original: *Théorie de la régulation. les fondamentaux*. Bibliografia: p. 12 e 87.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 04 fev. 2020.

BRASIL. Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998. Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 abr. 1998c.

BRASIL. Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010. Regulamenta a lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 2010.

BRASIL. Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014. Regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social e sobre procedimentos de isenção das contribuições para a seguridade social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 mai. 2014.

BRASIL. Decreto nº 9.190, de 01 de novembro de 2017. Regulamenta o disposto no art. 20 da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 nov. 2017a.

BRASIL. Decreto nº 9.469, de 14 de agosto de 2018. Altera o Decreto nº 9.190, de 1º de novembro de 2017, para dispor sobre diretrizes e critérios para a qualificação de Organizações Sociais - OS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 ago. 2018.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 nov. 2011a.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 jun. 1993.

BRASIL. Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998. Altera dispositivos das Leis ns. 3.890-A, de 25 de abril de 1961, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, 9.074, de 7 de julho de 1995, 9.427, de 26 de dezembro de 1996, e autoriza o Poder Executivo a promover a reestruturação da Centrais Elétricas Brasileiras - ELETROBRÁS e de suas subsidiárias e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 mai. 1998b.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 mai. 1998a.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno02.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social**. 2017b. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/entidade-de->

assistencia-social/certificacao-de-entidades-beneficentes-de-assistencia-social-cebas. Acesso em: 08 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações de Pernambuco**. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Estabelecimentos**. 2022b. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/cnes-estabelecimentos>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Recursos Físicos**. 2022c. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/cnes-recursos-fisicos>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações em Saúde**. 2022a. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. 2008. Disponível em: http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/10_02_2010_9.51.16.41f407d83e652672c75ce698959edca9.pdf. Acesso em: 07 mar. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal Federal. **Acórdão - Ação Direta de Inconstitucionalidade 1923**. Distrito Federal: Superior Tribunal Federal, 2015. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10006961>. Acesso em: 12 mar. 2020.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. **Súmula nº 331**. 2011b. Disponível em: https://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_301_350.html. Acesso em: 10 out. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Organizações Sociais na Atenção à Saúde: um debate necessário**. Trabalho apresentado à VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Maranhão, 2013.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 45, p. 49-95, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>. Acesso em: 26 nov. 2020.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Tratado de Direito Administrativo: controle na administração pública e responsabilidade do Estado**. 2 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. Bibliografia: p. 39-44.

CASTRO, Lavínia Barros de. Esperança, Frustração e Aprendizado: a história da nova república (1985 - 1989). In: GIAMBIAGI *et al.* **Economia Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011a. Bibliografia: p. 115.

CASTRO, Lavínia Barros de. Privatização, Abertura e Desindexação: a primeira metade dos anos 90. *In: GIAMBIAGI, et al. Economia Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011b. Bibliografia: p. 115.

CELLARD, André. Análise documental. *In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2014. Bibliografia: p. 304.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. Tradução: Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã, 1996. Título original: *La mondialisation du capital*. Bibliografia: p. 17-18.

CONTREIRAS, Henrique e MATTA, Gustavo Corrêa. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 285-297, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015914>. Acesso em: 15 mai. 2020.

COSTA, José Marcelo Ferreira. **Organizações Sociais: Lei nº 9.637/1998**. 2 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. Bibliografia: p. 40-116.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada**. 13. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2022. Bibliografia: p. 334-340.

DINIZ, Eli. Crise, governabilidade e Reforma do Estado: em busca de um novo paradigma. *In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, MLW. A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. Bibliografia: p. 123.

EAKIN, Joan M.; GLADSTONE, Brenda. Na caixa-preta da análise qualitativa: dar sentido aos dados com uma abordagem que “agrega valor”. *In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; GASTALDO, Denise. Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teóricos e metodológicos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2021. Bibliografia: p. 203.

FAV. FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA. **Quem somos**. 2022. Disponível em: http://www.fundacaoaltinoventura.com.br/site/?page_id=11295. Acesso em: 07 jan. 2022.

FERNANDES, Lorena Estevam Martins. Gestão de pessoas e as Organizações Sociais de Saúde nos hospitais estaduais. *In: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. (org.) Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público de saúde*. São Paulo: Hucitec, 2018. Bibliografia: p. 115-132.

FMSA. FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA. **Quem somos**. 2022. Disponível em: <https://www.hospitalmarialucinda.org//institucional/quemsomos.php>. Acesso em: 05 jan. 2022.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979. Bibliografia: p. 84.

HARVEY, David. **A produção capitalista do espaço**. São Paulo: Annablume, 2005. Bibliografia: p. 44 - 48.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO. **Sobre o Hospital do Tricentenário**. 2022. Disponível em: <http://htri.org.br/index.php/2017/09/29/sobre-o-htri/>. Acesso em: 05 jan. 2022.

IBAÑEZ, Nelson *et al.* Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200009>. Acesso em: 09 jun. 2020.

IMIP HOSPITALAR. FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES. 2014. **Estatuto Social Consolidado**. Disponível em: https://www.lai.pe.gov.br/ses/wp-content/uploads/sites/95/2022/03/FPMF_Estatuto.pdf. Acesso em: 06 jan. 2022.

IMIP. INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA. **Quem somos**. 2022. Disponível em: <http://www1.imip.org.br/imip/conheca/quemsomos/quemsomos.html>. Acesso em: 07 jan. 2022.

LEITE, Adriana Maria Gomes Nascimento. **Organizações sociais de saúde e controle externo: uma análise a partir do Tribunal de Contas de Pernambuco**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco, 2014.

LINS, Bernardo Wildi. **Organizações Sociais e contratos de gestão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. Bibliografia: p. 139 -166.

MELO, Mariana Vieira de; CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas. Relação entre cumprimento das metas dos contratos de gestão e qualidade da atenção à saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, p. 1140-1164, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113115>. Acesso em: 03 fev. 2022.

MESTRINER, Maria Luisa. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. Bibliografia: p. 287-295.

MÉZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 2. ed. Tradução: Francisco Raul Cornejo *et al.* São Paulo: Boitempo, 2011. Título original: Capital's unfolding systemic crisis. Bibliografia: p. 27.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Bibliografia: p. 19-51.

MODESTO, Paulo Eduardo Garrido. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. **Revista do Serviço Público**, n. 48, v. 2, p. 28-57, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v48i2.382>. Acesso em: 08 jan. 2021.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. Bibliografia: p. 180.

MONTE CARDOSO, Artur; ANDRIETTA, Lucas Salvador. Interesses econômicos das Organizações Sociais de Saúde. In: Sodré, F; Bussinguer, E.C.A.; Bahia, L. (org.)

Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público de saúde. São Paulo: Hucitec, 2018. Bibliografia: p. 254-257.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>. Acesso em: 12 mar. 2020.

NÓBREGA, Theresa Christine de Albuquerque. **As organizações sociais:** uma tentativa de mudança do paradigma de gestão pública social no Brasil. 2002. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito do Recife, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2002.

OLIVEIRA, Ellen Synthia Fernandes de. **Metodologias qualitativas em diferentes cenários:** saúde e educação. Goiânia: Gráfica UFG, 2018. Bibliografia: p. 14.

OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. **Licitações e Contratos Administrativos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Método, 2015. Bibliografia: p. 149.

PACHECO, Hélder Freire *et al.* Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 20, n. 58, p. 585-595, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0338>. Acesso em: 03 fev. 2020.

PERNAMBUCO. Decreto nº 23.046, de 19 de fevereiro de 2001. Regulamenta a Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000, que instituiu o Sistema Integrado de Prestação de Serviços Públicos Não-Exclusivos; dispõe sobre a qualificação e funcionamento das organizações sociais e das organizações da sociedade civil de interesse público, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 19 fev. 2001.

PERNAMBUCO. Lei complementar nº 141, de 03 de setembro de 2009. Dispõe sobre o Modelo Integrado de Gestão do Poder Executivo do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 03 set. 2009.

PERNAMBUCO. Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000. Sistematiza a prestação de serviços públicos não exclusivos, dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e da Sociedade Civil de interesse público e o fomento às atividades sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 20 out. 2000.

PERNAMBUCO. Lei nº 12.525, de 30 de dezembro de 2003. Estabelece normas especiais relativas aos procedimentos de licitação e contratação na Administração Pública Estadual, altera a Lei nº 11.424, de 7 de janeiro de 1997, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 30 dez. 2003.

PERNAMBUCO. Lei nº 12.973, de 26 de dezembro de 2005. Altera os artigos 1º, 2º, 10, 14, 15, 17, 18, 22 e 31 da Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 26 dez. 2005.

PERNAMBUCO. Lei nº 14.248, de 17 de dezembro de 2010. Altera a Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000, que sistematiza a prestação de serviços públicos não exclusivos, dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse

Público e o fomento às atividades sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 17 dez. 2010.

PERNAMBUCO. Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013. Dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde - OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 2013, 19 dez. 2013.

PERNAMBUCO. Lei nº 16.155, de 05 de outubro de 2017. Altera a Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013, que dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde - OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 05 out. 2017.

PERNAMBUCO. Lei nº 16.771, de 23 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013, que dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde - OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 19 dez. 2019a.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Lei de Acesso à Informação.

Organizações Sociais da Saúde. 2022. Disponível em:

<https://www.lai.pe.gov.br/ses/organizacoes-sociais-de-saude/>. Acesso em: 11 jan. 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2011. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.

PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. **Relatório de Auditoria Especial - Conformidade - 2019, Processo nº 19100415-7**. 2019b. Disponível em: <https://www.tce.pe.gov.br/internet/index.php/processos>. Acesso em: 05 out. 2021.

PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. **Relatório do Voto, Processo TC nº 19100416-9 - Exercício 2018. 2018**. Disponível em: <https://www.tce.pe.gov.br/internet/docs/tce/Voto-19100416-9.pdf>. Acesso em: 05 out. 2021.

PILOTTO, Bernardo Seixas; JUNQUEIRA, Virginia. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. **Serviço Social e Sociedade**, n. 130, p. 547-563, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.123>. Acesso em: 10 ago. 2020.

PINTO, Élide Graziane; AMARAL, Daniel João do. Controle de custos e resultados nos contratos de gestão da saúde: alguns apontamentos sobre suas prestações de contas. *In*: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. (org.) **Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018. Bibliografia: p. 145.

RAVIOLI, Antônio Franco; SOÁREZ, Patrícia Coelho de; SCHEFFER, Mário César. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114217>. Acesso em: 14 set. 2021.

ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da. **Terceiro Setor**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2006. Bibliografia: p.149.

SADER, Emir. A construção da hegemonia pós-liberal. *In: 10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma*. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO, 2013. Bibliografia: p. 136.

SANTOS, Francisco de Assis da Silva *et al.* A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 402-408, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500040126>. Acesso em: 15 out. 2021.

SANTOS, Lenir. A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 815-829, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030021>. Acesso em: 07 jan. 2021.

SCMR. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE. **Nossa história**. 2022. Disponível em: <https://www.santacasarecife.org.br/institucional/nossa-historia/>. Acesso em: 05 jan. 2022.

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**. v. 43, n. 2, p. 354, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000200004>. Acesso em: 07 dez. 2020.

SODRÉ, Francis e BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. Organizações sociais e privatização da Saúde: a discricionariade dos contratos de gestão com o terceiro setor. *In: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E. C. A.; BAHIA, L. (org.) Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2018. Bibliografia: p. 43-54.

SOUZA, Diego de Oliveira. Under the leadership of the World Bank: challenges in, and perspectives of, the SUS counter-reform. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 30, n. 1, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300101>. Acesso em: 26 nov. 2020.

SPCC. SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER. **Ata da Assembleia Geral Extraordinária de 17 de agosto de 2017**. 2017. Disponível em: https://hcpgestao-portal.hcpgestao.org.br/storage/estatuto_ata/ATA-assemblea-geral-extrao-17-08-17.pdf. Acesso em: 05 jan. 2022.

SPCC. SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER. **Gestão**. 2022. Disponível em: <https://hcpgestao.org.br/hcp-gestao>. Acesso em: 06 jan. 2022.

TCU. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Acórdão nº 3239/2013-TCU-Plenário**. Processo TC nº 018.739/2012-1. 2013. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A3239%2520ANOACORDAO%253A2013/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520. Acesso em: 05 out. 2021.

TURINO, Fabiana; SODRÉ, Francis; BAHIA, Ligia. A dupla certificação na saúde: a articulação política entre as instituições filantrópicas e as Organizações Sociais de Saúde. *In*: Sodré, F.; Bussinguer, E.C.A.; Bahia, L. (org.). **Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018, p.66-72.

TURINO, Fabiana. **Hospitais públicos sob gestão de Organizações Sociais de Saúde na Grande Vitória: um estudo comparativo**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Reequilíbrio Econômico, Repactuação ou Reajuste de Contratos**. 2022. Disponível em: <https://www.proad.ufscar.br/pt-br/servicos/contratos/gestao-de-contratos/reequilibrio-economico-de-contratos>. Acesso em: 28 set. 2022.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate.** , v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9s37MpDfXmBTY5bXx3XXxPh/?lang=pt#>. Acesso em: 05 jan. 2021.

VIOLIN, Tarso Cabral. **Terceiro Setor e as parcerias com a administração pública: uma análise crítica**. 3. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2015. Bibliografia: p. 45, 302.

XIMENES, Assuero Fonseca. **A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco**. Dissertação (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2015.

APÊNDICE A - TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS OBJETOS DOS TERMOS ADITIVOS SEGUNDO UNIDADE HOSPITALAR GERIDA POR OS. PERNAMBUCO, 2009-2019.

Objetos	HMA	HDM	HDH	HPS	HJMO	HEC	HSM	HSS	HREC	HRRBC	HMV	HRFFB	TOTAL
Prorrogação do prazo de vigência	10	7	7	5	3	4	5	0	1	1	2	4	49
Repactuação das metas com alteração dos valores financeiros	2	4	4	1	1	2	1	0	0	1	2	2	20
Reajuste financeiro para a abertura de leitos	0	5	2	3	0	1	1	0	0	0	0	0	12
Repasse de recursos financeiros para aquisição equipamentos	2	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Retificação/alteração do número do CNPJ	1	1	1	1	2	1	1	0	1	1	0	1	11
(Re)adequação dos termos do contrato à Lei nº 16.155/2017	1	1	1	2	0	1	1	0	0	1	1	1	10
Acréscimo financeiro para implantação/manutenção de serviços	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	2	3	9
Substituição do representante do contratante	0	1	1	0	2	0	1	0	1	0	1	2	9
(Re)adequação dos termos do contrato à Lei nº 15.210/2013	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	8
Implementar o indicador "Meta de produção cirúrgica"	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	8
Reequilíbrio econômico-financeiro	2	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7
Reajuste do recurso de custeio	2	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	6
Repactuação de metas de produção sem impacto financeiro	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	1	0	6
Reajuste financeiro por motivo de contratação de pessoal	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5
Informar dotação orçamentária	1	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	5
Repasse financeiro para aquisição/locação de ambulância	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5

Acréscimo de serviços de hemodiálise	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Acréscimo financeiro para implantação de residência médica	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Reajuste financeiro para a abertura de leitos	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3
Alteração/inclusão de cláusulas contratuais	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Alteração de cronograma para implantação dos serviços	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Repasso financeiro para pagamento de empresa contratada	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Ressarcimento financeiro por déficit contratual	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Readequação dos indicadores do contrato	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Acréscimo de serviços sem impacto financeiro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Repasso financeiro complementar temporário	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Repactuação de metas de produção de empresa contratada pela OSS	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Substituir o representante da contratada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Inclusão de nota de empenho	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Repasso financeiro para contratação de serviço terceirizado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Repasso financeiro para troca de condensadores do sistema de climatização	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	30	38	33	18	18	11	19	1	4	6	15	19	212

Fonte: Elaboração própria

Fonte: Contratos de gestão e Termos aditivos disponíveis no site da LAI/SES e nos sites das OSS.

APÊNDICE B - PROPOSTA DO ARTIGO

Título: Organizações Sociais da Saúde em Pernambuco: uma análise das ações de controle interno da SES/PE sobre os instrumentos contratuais (2009 - 2019)

Autores:

Flávia Gomes Fernandes da Fonte

Raquel Santos Oliveira

Heloísa Mendonça de Morais

Resumo:

A pesquisa analisou as ações de controle interno realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, à luz dos contratos de gestão estabelecidos com as Organizações Sociais da Saúde para a administração da rede hospitalar, no período de 2009 a 2019. Para tanto, estudou as Organizações Sociais da Saúde com contratos e termos aditivos estabelecidos junto à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco para a rede hospitalar, tomando em conta evidências empíricas que apontam para a expansão do modelo de gestão por essas organizações e pela fragilidade nas ações do controle interno pelo poder público. O estudo é descritivo e exploratório, e foi realizado com base em fontes documentais de domínio público. Em Pernambuco, as Organizações Sociais da Saúde beneficiaram-se com a expansão dos contratos de gestão para diversos equipamentos de saúde. Evidenciou-se a presença de entidades filantrópicas com acúmulo de qualificações permitindo um maior acesso aos recursos públicos e aos benefícios fiscais. As sete Organizações Sociais da Saúde foram selecionadas e contratadas para a gestão de doze hospitais da rede estadual. Os instrumentos contratuais encontram-se distantes dos princípios da administração pública, tendo em vista a existência de objetos contratuais genéricos, termos aditivos não contemplados no objeto contratual, prorrogação de vigência e reajustes contratuais sem previsão legal, quarterização de serviços e acréscimos financeiros acima do permitido. Portanto, nesse estudo, se fazem presentes distorções inquestionáveis no processo de controle interno simultaneamente à tendência expansionista de práticas do modelo de gestão por Organizações Sociais da Saúde.

Introdução

A pesquisa pretendeu explorar aspectos concernentes à regulação pela administração pública direcionada aos contratos de gestão estabelecidos entre a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e as Organizações Sociais da Saúde (OSS), considerando os desdobramentos desde a Reforma do Aparelho do Estado e o cenário que se instala no estado na última década.

Em 1997, no conjunto das propostas do recém-criado Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) – no contexto da Reforma do Estado do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) - são criadas as Organizações Sociais (OS). Essas OS foram instituídas em 1998 pela Lei Federal nº 9.637¹ e passaram a atuar nas atividades voltadas às áreas do ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do

meio ambiente, cultura e saúde.

Segundo seus idealizadores, as OS compõem um modelo de organização pública não-estatal tendo sido criadas para absorver as atividades públicas mediante qualificação pelo poder executivo, mantendo com a administração pública o que denominam de parceria entre Estado e sociedade. Esse arranjo permitiria a retirada de normas e controles próprios do âmbito da administração pública ao flexibilizar a gestão com a finalidade de oferecer serviços com qualidade². Entretanto, essa relação do Estado com as organizações sem fins lucrativos remontam a modelos de regulação anteriores, nos quais se faziam presentes as subvenções, imunidades e isenções.

A propósito, ao se analisar historicamente o desenvolvimento da política de assistência social, percebe-se que as congregações religiosas e as classes dominantes mantenedoras de organizações sociais sem fins lucrativos, tradicionalmente dominaram o setor de filantropia no Brasil. Criou-se um convívio do público e do privado na assistência, mantida por relações de subsidiariedade, presidida por princípios cristãos de caridade e estimulada a introduzir determinadas respostas sociais por meio de co-patrocínio do fundo público para as ações de entidades beneficentes³.

Nos anos noventa, com a inserção constitucional da assistência social como política pública efetivadora de direitos sociais, tem-se um embate na reformulação da relação do Estado com as organizações sem fins lucrativos. Essa mudança legal e organizacional vai reproduzir mecanismos do passado em um presente que se pretende democrático, público e garantidor dos direitos. Novas formas serão agregadas às atuais, ampliando sempre benefícios, isentando de taxas e tributos e atribuindo novos registros/certificados³.

Para Bresser Pereira², um dos principais ideólogos da Reforma, os serviços executados pelas OS seriam otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível e orientados para o cliente-cidadão mediante controle social. Contudo, foi aventada uma clara intenção do legislador em fugir ao regime jurídico da administração pública e permitir que o serviço público fosse prestado sob o sistema de direito privado que não possui exigências como licitação, concurso público e controle⁴.

Sob essas condições, o Estado passou a fomentar com recursos públicos essas entidades privadas ditas sem fins lucrativos, cujo controle e regulação ocorreriam por meio de instrumentos jurídicos denominados contratos de gestão. No caso específico do setor saúde, essas entidades foram chamadas de OSS e provocaram relevantes discussões sobre seu papel na configuração do sistema de saúde brasileiro.

Autores como Moraes et al⁵ analisam que as OSS são consideradas como um dos padrões de apresentação do denominado “terceiro setor” e emergiram como uma nova modalidade voltada à função social de gestão e provisão de serviços de saúde, vinculadas ao modelo das parcerias público-privadas (PPP), marca recorrente em processos de Reforma do Estado nas democracias contemporâneas. Contudo, não existem estudos que demonstrem claramente se as PPP são mais eficientes e custo-efetivas que a provisão pública direta de serviços⁶.

Com a criação das OSS não foram poucas nem óbvias, as transformações na base física, na organização das demandas, no volume e destino de recursos financeiros para o subsistema privado e tampouco na legislação que as legitimou⁷. Nesse mesmo sentido, Sodré e Bussinguer⁸ afirmam que dispositivos jurídicos foram criados permitindo amplo poder de recebimento de

capital público e captação de recursos estatais como sua única e principal forma de sobrevivência.

Ainda existem autores como Di Pietro⁴ e Bandeira de Mello⁹ que criticam o modelo das OS quanto a questões específicas que envolvem a discricionariedade do poder público na qualificação das entidades, a dispensa de licitação para a seleção da OS a ser contratada e o regime jurídico atribuído aos contratos de gestão.

Nessa discussão, ainda cabe destacar o papel da fiscalização e do controle dos contratos de gestão como parte importante do conjunto de ações do poder regulador do Estado. Esse controle acontece quando os órgãos ou agentes da administração realizam a fiscalização constante e efetiva da execução dos serviços previstos nos instrumentos contratuais com o objetivo de evitar desvios e arbitrariedades. Assim, o controle possuiria como finalidade salvaguardar o interesse público, ao representar os anseios e demandas da coletividade¹⁰.

Ainda no que se refere ao controle, as ações sobre a prestação dos serviços pelas OSS devem ser realizadas pelas instâncias de controle interno do órgão supervisor do contrato de gestão. Para a atuação do controle de forma eficiente, o instrumento contratual deve possuir metas que efetivamente reflitam os objetivos do contrato e deve facultar ao poder público a solicitação de dados específicos sobre a execução dos serviços. Desse modo, o acompanhamento do contrato evitaria possíveis desvios ao garantir um maior conhecimento sobre as ações contratuais em curso¹¹.

Em anos recentes, tem-se registrado no interior do setor público questionamentos importantes acerca do desempenho das OSS. Ainda assim, em 2015, após vinte anos de sua criação, essas organizações foram consolidadas legalmente por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF)¹², ao considerar as parcerias com a iniciativa privada como “opções constitucionalmente admitidas para a prestação de serviços públicos”. Ora, se a CF¹³ define a supremacia do direito fundamental à saúde, essa interpretação do STF poderia ser entendida como um apelo à inversão da lógica constitucional vigente.

Na literatura nacional há estudos dirigidos ao debate das questões mais pertinentes relativas à implantação e expansão da publicização de serviços não-exclusivos, particularmente no setor saúde, tanto pela União quanto por estados e municípios, com ênfase nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo. Assim, não são poucas as evidências empíricas que apontam para a relevância do tema, seja porque a prestação dos serviços não possui regulação adequada, ou pela expressividade dos montantes financeiros transferidos às OSS, ou pela forma de contratação de profissionais para a execução dos planos de trabalho, ou ainda pela falta de transparência dos instrumentos contratuais e sua prestação de contas^{5,8,14,15,16,17,18,19,20}.

O estado de São Paulo, um dos pioneiros na implantação do modelo de gestão por OSS - com sua legislação e as primeiras qualificações datadas de 1998 - até hoje se destaca pela maior rede de saúde com contratação de serviços pelo setor público via OSS. Nesse estado, a expansão desse modelo de gestão foi marcada pela presença de contratos de gestão para equipamentos de saúde em vários níveis de atenção, pelo expressivo volume de recursos transferidos às OSS pelos contratos de gestão e pela deficiência na publicização das informações⁵.

Em Pernambuco, a implantação do sistema de publicização de serviços não-exclusivos teve início no ano 2000. No setor saúde, cuja rede hospitalar tem importante participação do setor privado, sua operacionalização apenas será iniciada em 2009, no governo Eduardo Campos, mediante a formalização do primeiro contrato de gestão. A partir de então, o caminho

adotado pelos gestores públicos para ampliação da oferta da atenção à saúde no SUS tem ocorrido pela expansão dos contratos com o setor privado, com destaque para as OSS.

Até 2019, ainda era escassa a discussão teórica e empírica acerca do controle público sobre os contratos de gestão em Pernambuco^{21,22,23}, mesmo considerando a expansão do modelo no estado e para gestões municipais, além da inclusão nesse modelo de prestação de outros equipamentos de saúde, tais como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) e os hospitais.

Entende-se que a regulação, pautada constitucionalmente na defesa do interesse público, define as diretivas para as transferências de recursos públicos às OSS pelo Estado. O não cumprimento dos processos regulatórios pelo poder público contribui para o uso indevido dos recursos públicos e ao desenvolvimento de práticas privatistas que se opõem aos princípios do SUS e, por conseguinte, ao interesse público.

Desse modo, esse estudo tratou de revelar a realidade de forma crítica, contextualmente situada, buscando apontar e analisar as evidências concernentes às ações de controle interno executadas pelo Estado a partir dos contratos de gestão com as OSS para a rede hospitalar.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, fundamentado em fontes documentais e em dados secundários de domínio público. Os aspectos jurídico-legais sobre as OSS foram levantados nos âmbitos federal^{1,24,25}, e estadual^{26,27,28,29,30,31,32,33} e na literatura sobre o tema, assim como os normativos sobre licitação e contratos administrativos^{34,35} e a Lei de Acesso à Informação³⁶.

Nos sítios eletrônicos da SES/PE³⁷, da Lei de Acesso à Informação do governo de Pernambuco³⁸, da Assembleia Legislativa de Pernambuco³⁹ e das entidades gerenciadoras das OSS^{40,41,42,43,44,45,46} foram identificados oito editais de seleção das OSS, sete OSS com contratos de gestão para a rede hospitalar própria estadual no período de 2009 a 2019, 12 contratos de gestão e 159 termos aditivos referentes ao mesmo período. Além disso, foram consultadas as informações relativas às OSS no tocante à origem, à natureza jurídica, aos estatutos sociais, decretos de qualificação e de renovação da qualificação.

No tocante aos contratos e termos aditivos, foram analisados os objetos contratuais, os prazos de vigência e as supressões e acréscimos financeiros. Os recursos financeiros transferidos às OSS pela SES/PE foram consultados no Portal da Transparência de Pernambuco⁴⁷. Cabe informar, que um contrato de gestão não foi localizado no site da SES/PE e no site da respectiva OSS e, por esse motivo, foi excluído da análise.

Alguns achados de auditoria referentes ao processo de regulação conferido pela SES/PE aos contratos de gestão com as OSS foram observados a partir da análise dos relatórios disponíveis no *site* do Tribunal de Contas de Pernambuco.

Na sequência, a abordagem quantitativa permitiu a realização do levantamento dos recursos financeiros transferidos pela SES/PE às setes entidades como pagamento pelos

serviços executados mediante contrato de gestão e termos aditivos, para a qual foi consultado o sítio eletrônico do Portal da Transparência do governo de Pernambuco.

Para além das fontes de dados, a análise documental permitiu formular explicações, produzir uma interpretação coerente à luz do referencial teórico e realizar uma reconstrução dos aspectos que envolvem o tema. Para tanto, foram utilizados os recursos analíticos da interpretação e da contextualização, considerando o momento histórico que permeou o período estudado, marcado pelo processo de expansão do modelo de gestão por OSS.

Resultados e Discussão

Caracterização das OSS presentes na rede hospitalar de Pernambuco

Os dados obtidos possibilitaram constatar que entre os anos de 2009 e 2019, sete instituições qualificadas como OSS, nascidas e consolidadas no Estado de Pernambuco, assinaram contratos de gestão com a SES/PE. As entidades que originaram essas OSS possuem personalidade jurídica de direito privado sem fins lucrativos e/ou econômicos e são classificadas em organização/associação civil, fundação ou instituto. Todas elas desenvolviam atividades assistenciais mediante convênios no âmbito do SUS, e nenhuma instituição foi criada apenas com a finalidade de se qualificar como OSS.

Além da titulação como OSS, obtida entre os anos de 2009 e 2014, as sete entidades também acumulavam o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) e o Título de Utilidade Pública. Essa condição de acúmulo de certificação permite que as instituições usufruam dos benefícios tributários referentes à concessão do CEBAS, particularmente a isenção de contribuições previdenciárias, e acumulem outros benefícios tributários próprios da condição de entidade de interesse social, além daqueles vinculados à qualificação como OSS⁵. Turino, Sodré e Bahia⁴⁸ também observaram em seu estudo uma dupla certifica o de entidades privadas sem fins lucrativos.

Portanto, a possibilidade legal de convivência do certificado de filantropia com o título jurídico de OSS constitui-se em um estímulo   forma o de grandes conglomerados no setor saúde, em detrimento de outros modelos de gest o⁵.

Ao considerar o critério da origem institucional das entidades sem fins lucrativos, posteriormente qualificadas como OSS, as sete OSS investigadas foram agrupadas em duas categorias: (i) entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem religiosa; e (ii) entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem não religiosa (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracteriza o das OSS segundo origem institucional, data da qualifica o, unidades geridas mediante contrato de gestão. Pernambuco, Brasil, 2009-2019.

	Organiza�o Social	Data da qualifica�o	Unidade	Caracteriza�o
1	Funda�o Professor Martiniano Fernandes (IMIP HOSPITALAR) ⁴⁰	20.10.2009	H. Miguel Arraes H. Dom Malan H. Dom Helder Câmara	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem não religiosa
2	Santa Casa de Misericórdia do Recife	10.03.2010	H. Regional Fernando Bezerra	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem religiosa

	(SCMR) ⁴¹			
3	Fundação Manoel da Silva Almeida (FMSA) ⁴²	10.03.2010	H. Ermírio Coutinho H. Regional de Palmares Prof. Sílvio Magalhães	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem não religiosa
4	Hospital do Tricentenário (HTri) ⁴³	10.06.2010	H. João Murilo de Oliveira H. Mestre Vitalino (a partir de nov/2015) H. Regional Rui de Barros Correia H. Regional Emflia Câmara	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem religiosa
5	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) ⁴⁴	04.10.2011	H. Pelópidas Silveira	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem não religiosa
6	Fundação Altino Ventura (FAV) ⁴⁵	17.10.2013	H. Mestre Vitalino (2014 a out/2015)	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem não religiosa
7	Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer (SPCC) ⁴⁶	25.02.2014	H. São Sebastião	Entidades filantrópicas sem fins lucrativos de origem não religiosa

Fonte: SES/PE³⁷, LAI/PE³⁸, ALEPE³⁹.

Elaboração própria.

O primeiro grupo está representado por as OSS, as quais estão vinculadas às entidades religiosas de origem católica e que não atuam no segmento de planos/convênios de saúde ou junto a pacientes particulares – setor privado da saúde. As demais OSS compõem o segundo grupo e apenas a FMSA atua no segmento de planos/convênios de saúde e atende a clientes particulares (Quadro 1).

Merece destaque à ênfase dada por três OSS^{40,44,45}, representantes do segundo grupo, ao seu papel de prestador de assistência à saúde voltado ao atendimento da população carente e de baixa renda. Podendo-se, assim, identificá-las enquanto entidades que valorizam as antigas práticas voluntárias, filantrópicas e caritativas. Ora, a benemerência, a filantropia e a caridade são mecanismos que acompanharam historicamente a formação do aparato de assistência social brasileiro, os quais estão presentes até hoje. Nessa formação, o sistema de regulação exercido pelo Estado foi pactuado com os interesses da Igreja e das classes dominantes mantenedoras das organizações sociais sem fins lucrativos e, portanto, o acesso ao fundo público por meio de subvenções vem possibilitando que a assistência privada e a religiosa se tornassem públicas³.

A partir da criação do SUS - um sistema estabelecido como de caráter universal pela CF de 1988¹³ que compreende a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado - perde sustentação o discurso de que a assistência social, em particular no campo da saúde, é apenas para pobres e vulneráveis.

Considerando que o presente estudo direcionou a análise para o período em que os contratos de gestão da SES/PE com as OSS estavam vigentes, observou-se que cinco OSS permaneceram com contratos de gestão irregulares no período em que os respectivos títulos de qualificação estavam vencidos. Isso porque, a partir da publicação da Lei Estadual nº 15.210/2013³¹ consta a obrigatoriedade na renovação do título de OS garantindo, assim, a manutenção dos contratos de gestão vigentes e da habilitação dessas entidades para a assinatura

de novos instrumentos contratuais. Essa renovação deve ser realizada pela OS por meio de solicitação ao poder executivo estadual.

Logo, as sete OSS analisadas apresentaram lacunas temporais entre a vigência final da qualificação e sua renovação, as quais variaram de um dia a quatro anos e oito meses. Cabe ressaltar ainda que, mesmo sem a qualificação vigente das OSS, os contratos de gestão e os pagamentos foram mantidos pela SES/PE, inclusive com a assinatura de termos aditivos nesse período.

Outra ressalva importante, a qual está intrinsecamente relacionada ao achado anterior, diz respeito à presença de 17 decretos estaduais publicados entre 2012 e 2019³⁹ com a finalidade de renovar retroativamente a qualificação das OSS. Aliás, o Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE/PE) já havia manifestado estranhamento no relatório de prestação de contas 2018 e reiterado no relatório de auditoria especial de conformidade em 2019, pela identificação de decretos estaduais com aplicação retroativa para a renovação da qualificação das OSS^{49,50}.

O não cumprimento da legislação pelo Estado quando executa os contratos de gestão e realiza pagamentos às entidades sem a qualificação necessária, demonstra de forma clara a presença de irregularidade, uma vez que as OSS não sofreram qualquer tipo de penalidade, demonstrando assim a fragilidade dos controles exercidos sobre essas organizações.

É nesse contexto que ocorreu uma crescente transferência de receitas estaduais pela SES/PE ao conjunto das organizações privadas sem fins lucrativos (OSS, OSCIP, OSC), totalizando um valor de aproximadamente R\$ 8,7 bilhões no período estudado, o correspondente a 19% do total de recursos da referida secretaria. No período, essas transferências corresponderam a uma variação anual de 3% a 33% do valor total dos recursos⁴⁷.

As informações relativas aos recursos transferidos anteriormente a 2013 pelo governo de Pernambuco às OSS não foram disponibilizadas⁴⁷. Entretanto, cabe ressaltar que entre os anos de 2009 e 2012 existiram 07 contratos de gestão vigentes e que pagamentos foram realizados em favor das OSS. Além disso, não foram disponibilizadas as informações sobre transferências realizadas para duas OSS, relativas aos contratos de gestão assinados em março de 2014 e agosto de 2018, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 - Classificação das OSS segundo valor total dos recursos transferidos pela SES/PE. Pernambuco, Brasil, 2009 - 2019.

Classificação*	Organização Social	Mês/ano contrato de gestão	Período dos dados disponibilizados no Portal da Transparência	Recursos transferidos por recursos transferidos às OSS por contrato de gestão (R\$)	Total de recursos transferidos (R\$)
1	IMIP HOSPITALAR	11/2009 (HMA) 04/2010 (HDM) 05/2010 (HDH)	2013 a 2019 2016 a 2019 2016 a 2019	521.597.873,58 222.188.926,90 261.051.375,64	1.004.838.176,12
2	Htri	09/2012 (HJMO) 11/2015 (HVM) 08/2016 (HRRBC) 08/2017 (HREC)	2013 a 2019 2016 a 2019 2018 a 2019 2018 a 2019	216.715.055,59 291.120.157,67 43.323.375,12 30.890.577,70	582.049.166,08

3	IMIP	10/2011 (HPS)	2013 a 2019	510.776.614,83	510.776.614,83
4	FMSA	10/2011(HRPSM) 11/2011(HEC)	2013 a 2019 2013 a 2019	318.059.842,80 130.606.931,93	448.666.774,73
5	SCMR	11/2013 (HRFB)	2018 a 2019	50.006.938,47	50.006.938,47
6	FAV	03/2014 (HMV)	-	sem dados	sem dados
7	SPCC	08/2018 (HSS)	-	sem dados	sem dados
Total					2.593.337.670,23

Fonte: Portal da Transparência de Pernambuco⁴⁷.

Elaboração própria.

*Classificação segundo o valor total dos recursos financeiros declarados no portal de transparência do governo de Pernambuco.

Nota: Os repasses à FAV pelo contrato do HMV e à SPCC pelo contrato do HSS não foram informados no Portal da Transparência.

A transparência das informações é uma das diretrizes apresentadas pela Lei Federal nº 9.637/1998¹ para o Programa Nacional de Publicização, anterior à publicação da Lei Federal nº 12.527/2011³⁶ que regulamenta o acesso à informação. No âmbito estadual, a Lei nº 11.743/2000²⁶ traz como um dos objetivos do Sistema Integrado de Prestação de Atividades Públicas Não-Exclusivas possibilitar a efetiva redução de custos e assegurar a transparência na alocação e utilização de recursos.

Desse modo, a transparência das informações é fundamental para a fiscalização de contratos celebrados entre o Estado e o setor privado. No campo da saúde, observa-se que os repasses de recursos financeiros são volumosos e frequentes, o que denota ainda mais a importância na clareza das informações para o exercício da cidadania e da proteção dos direitos fundamentais²⁰.

Conforme os dados apresentados, chama a atenção a não publicização dos valores correspondentes aos repasses financeiros para as OSS variando de três a seis anos o período decorrente entre a assinatura do contrato de gestão e a disponibilização das informações no Portal da Transparência Estadual.

Diante do exposto, constata-se que o governo de Pernambuco não ofereceu transparência às transações financeiras direcionadas às OSS comprometendo, assim, a prestação de contas à população e os mecanismos de controle e regulação públicos. A ineficácia do controle interno do próprio Estado vai de encontro às propostas reformistas que subsidiaram a criação do Sistema Integrado de Prestação de Atividades Públicas Não-Exclusivas em Pernambuco interferindo decisivamente nos mecanismos de proteção ao interesse público.

Os Contratos de Gestão e os Termos Aditivos: uma análise à luz da legislação aplicada/vigente

Entre 2009 e 2017, as OSS foram selecionadas via processos de seleção pública, os quais também permaneceram sendo realizados em 2018 e 2019. Entretanto, a legislação estadual concernente às OSS e suas respectivas alterações foram omissas quanto às especificações desse processo de seleção. A propósito, esse registro está compatível com a legislação federal no sentido de que a escolha da OSS é discricionária à administração pública, considerando-se a não obrigatoriedade de processo de seleção das empresas a serem contratadas até o ano de 2017 quando foi definida a seleção por meio de chamamento público. Tal omissão facilita o direcionamento para a contratação de instituição de interesse da Administração Pública, bem como a não observância do princípio da isonomia.

Após a escolha da OSS, foram firmados os contratos de gestão, instrumentos que definem a execução dos serviços, das atividades, das metas e dos objetivos a serem alcançados nos prazos pactuados; do cronograma de desembolso financeiro; e, por fim, dos mecanismos de avaliação das atividades da OS²⁴. Nos 12 contratos de gestão analisados, chamou a atenção o teor genérico, amplo e extensivo dos seus objetos identificando-se uma repetição quanto ao conteúdo “operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela contratada no hospital...”^{40,41,42,43,44,45,46}, diferenciando-se apenas quanto ao nome da instituição hospitalar a ser gerida pela OSS.

De forma equivalente, Sodré e Bussinguer⁸, em seu estudo sobre as OSS nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, identificaram que os objetos dos contratos de gestão investigados apresentavam uma relativa padronização, e que, com pequenas variações, tratavam da “operacionalização, da gestão e execução, pela contratada, das atividades e serviços de saúde”. No referido estudo, também foi apontado que as cláusulas dos objetos analisados eram vagas e abrangentes.

Quanto a esse aspecto, segundo Costa⁵¹, a Lei Federal nº 9.367/1998¹ tratou apenas de demarcar a moldura do objeto e transferiu à discricionariedade do poder público para delimitar o objeto conforme o serviço a ser prestado.

Diante desses achados, os resultados obtidos apontam que a padronização do objeto contratual e seu conteúdo genérico podem facultar ao gestor público a elaboração de termos aditivos cujos objetos, ao fugirem do contrato inicial, terminam por permitir o aumento e a transferência ilegal de recursos públicos às OSS. A formalização de termo aditivo é exigida para toda alteração contratual, desde que contemplada no objeto inicial.

Conforme já referido, o estudo analisou 159 termos aditivos (Tabela 2). A média de termos aditivos por contrato de gestão foi de 13,5, precisamente o dobro, ou até mais que isso, para os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo, conforme o estudo de Fernandes¹⁹.

Tabela 2 - Caracterização dos contratos de gestão da rede hospitalar própria segundo a OSS, hospital de referência e termos aditivos. Pernambuco, Brasil, 2009 - 2019.

	OSS	Hospital	Contrato	Data da assinatura	Quantidade de Termos aditivos
1	IMIP HOSPITALAR	HMA	001/2009	25.11.2009	25
2	IMIP HOSPITALAR	HDM	007/2010	04/2010*	34
3	IMIP	HDH	006/2010	24/05/2010	26

	HOSPITALAR				
4	IMIP	HPS	004/2011	17/10/2011	14
5	FMSA	HRPSM	003/2011	17/10/2011	12
6	FMSA	HEC	005/2011	17/11/2011	8
7	Htri	HJMO	001/2012	01/09/2012	12
8	SCMR	HRFB	002/2013	01/11/2013	12
9	Htri	HMV	001/2015	20/11/2015	09
10	Htri	HRRBC	001/2016	19/08/2016	04
11	Htri	HREC	002/2017	30/08/2017	02
12	SPCC	HSS	002/2018	20/08/2018	01
TOTAL					159

Fonte: Portal da Transparência de Pernambuco⁴⁷; SES/PE³⁷.

Elaboração própria.

Nota: HMA - Hospital Miguel Arraes; HDM - Hospital Dom Malan; HDH - Hospital Dom Helder; HPS - Hospital pelópidas Silveira; HRPSM - Hospital Regional Silvio Magalhães; HEC - Hospital Ermírio Coutinho; HJMO - Hospital João Murilo de Oliveira; HRFB - Hospital Regional Fernando Bezerra; HMV - Hospital Mestre Vitalino; HRRBC - Hospital Regional Rui de Barros Correia; HREC - Hospital Regional Emília Câmara; HSS - Hospital São Sebastião.

*Contrato disponibilizado pelo Portal da Transparência/PE sem a data de assinatura.

Foi possível observar 31 tipos diferentes de objetos entre os 159 termos aditivos, distribuídos nos documentos de forma individual ou associado a outro objeto no mesmo termo. Os objetos mais frequentes identificados nos instrumentos firmados foram *prorrogação do prazo de vigência, reajuste financeiro para a abertura de leitos, repasse de recurso para aquisição de equipamentos, acréscimo financeiro para implantação/manutenção de serviços, implementar o indicador "Meta de produção cirúrgica", (re)adequação dos termos do contrato à Lei nº 16.155/2017, (re)adequação dos termos do contrato à Lei nº 15.210/2013, retificação/alteração do número do CNPJ, substituição do representante do contratante.*

Cabe ressaltar que, entre os 31 objetos identificados, 17 (54%) geraram impacto financeiro aos contratos. Esses objetos estavam presentes em 96 termos aditivos, o que representa 60% dos 159 instrumentos analisados.

Paralelamente, foi observado que, entre os 17 tipos de objetos que provocaram impacto financeiro aos contratos, 05 estavam em desacordo com o objeto contratual, por não se incluírem no escopo do serviço a ser prestado pelas OSS, além de aparecerem em 20 (12,6%) entre os termos aditivos analisados.

Considerando que a Lei Federal¹ e as Leis Estaduais^{26,27,28}, relativas ao tema das organizações sociais e dos contratos de gestão, não discorrem sobre as condições previstas para o estabelecimento de um termo aditivo, tem sido a Lei Federal nº 8.666/1993³⁴ e suas alterações os instrumentos norteadores para os termos aditivos. Conforme o art. 124 da referida Lei, os contratos poderão ser alterados, desde que devidamente justificados.

Diante do exposto, um importante achado dessa investigação é o fato de quatro contratos de gestão, anteriores à Lei Estadual 15.210/2013³¹, apresentarem termos aditivos cujo objeto *repasse de recursos com finalidade de aquisição de equipamentos* não estabelece relação com o objeto do contrato inicial conforme a Lei nº 8.666/1993³⁵.

Isso porque, foi apenas a partir da Lei Estadual nº 15.210/2013³¹, pelo Art. 13, que passou a ser possível um Plano de Investimentos para os novos contratos de gestão com finalidade de aquisição dos equipamentos e adequação da infraestrutura pela OSS. Portanto, os 11 termos aditivos assinados antes de 2013, referentes à aquisição de equipamentos para as unidades administradas por duas OSS, evidenciam que o governo de Pernambuco ao ter prescindido da obrigação legal de processo licitatório, prévio ao empenho de recursos públicos, deixou em aberto a propriedade do bem enquanto patrimônio do Estado.

Nesse aspecto, o referido governo não tem sido único no descumprimento da legislação. Analisando os objetos dos termos aditivos contratuais nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo, alguns autores constataram a presença de termos aditivos com objetos não contemplados ou fora do escopo de serviços, sem critérios específicos, com ampliação desordenada de valores não havendo, em muitos deles, sequer referência a finalidades que justifiquem o aumento desses valores^{5,8,19}.

Ainda com referência ao descumprimento da legislação no estabelecimento dos termos aditivos, esta pesquisa evidenciou a quarteirização de serviços de saúde em um dos contratos. O objeto do referido termo versa sobre o repasse de recursos financeiros à respectiva OSS para prestação de serviços em oncologia, os quais seriam, conforme o termo aditivo, transferidos à outra instituição, na condição de entidade contratada pela OSS.

A propósito, a quarteirização diz respeito à contratação de uma ou mais empresas por uma OSS para a realização de serviços de saúde para a qual a mesma foi inicialmente contratada pelo poder público. Isso porque, as OSS somente estão autorizadas a contratar serviços especializados quando voltados às atividades-meio como vigilância, conservação e limpeza⁵².

Por essa razão, se explicaria a inexistência de menção para a subcontratação de empresas pelas OSS, isto é, processos de quarteirização, no âmbito da Lei Federal nº 9.637/1998¹ e, no estado de Pernambuco, das Leis nº 11.743/2000²⁶ e 15.210/2013³¹.

Já os processos denominados de terceirização, aparecem como elementos constitutivos da estratégia reformista da administração pública dos anos 90, correspondendo à transferência de recursos para entes privados e destinados à execução de serviços públicos considerados não-exclusivos do Estado.

Entretanto, há evidências de processos de quarteirização indiscriminada nas relações das OSS com distintas empresas privadas, conforme estudos realizados em outros estados do país^{19,53,54}.

Entre as alterações contratuais, outro aspecto a ser discutido refere-se aos prazos de vigência dos contratos de gestão. Isso porque, as leis específicas para as OS, a Lei Federal nº 9.637/1998¹ e a Lei Estadual nº 11.743/2000²⁶, não fazem referência a esse prazo. Nessa condição, no caso do estado de Pernambuco, até 2013 os contratos deveriam ser regidos pela Lei Federal nº 8.666/1993³⁴ a qual disciplina o prazo de até sessenta meses para os contratos de prestação de serviços a serem executados de forma contínua⁵¹.

Foi a partir de 2013, então, que a Lei nº 15.210³¹ estabeleceu no Art. 10: *“o prazo de vigência, que não poderá ser superior a 2 (dois) anos, renovável por sucessivos períodos, até o limite máximo de 10 (dez) anos, desde que reste demonstrada a vantajosidade da medida e o pleno atendimento das metas pactuadas, conforme parecer elaborado pela Comissão de Avaliação e aprovado pela autoridade máxima do órgão supervisor do contrato de gestão.”*

Entre os doze contratos de gestão analisados, oito (67%) foram firmados anteriormente à Lei Estadual nº 15.210/2013³¹ (a qual não possuía efeito retroativo). Esses contratos tiveram suas vigências prorrogadas por período acima de 60 meses, vigorando até 2019 por conseguinte, um tempo muito superior ao autorizado, em claro descumprimento à Lei nº 8666/1993³⁴. Para isso, a SES/PE reescreveu os contratos originais por meio de termos aditivos cujos objetos tratavam da *adequação dos termos do contrato à Lei nº 15.210/2013*.

Uma situação limite das irregularidades presentes na execução dos contratos de gestão, foi observada quando da continuidade da prestação de serviços por uma determinada OSS após o término de vigência contratual. Nesse sentido, a partir do momento em que a OSS permanece prestando serviços sem contrato de gestão, essa prestação passa a ser realizada sob a égide dos contratos administrativos com empresas privadas, apontando a perda evidente de característica inerente às OSS. Além do mais, assegura o direcionamento na continuidade dos serviços por uma mesma OSS, ferindo o princípio da igualdade que deve nortear os atos administrativos.

O governo estadual, seja para justificar o aumento do aporte financeiro ou para ampliar os prazos dos contratos com as OSS, tem lançado mão de termos aditivos visando alterar condições previstas nos contratos de gestão e garantir facilidades para os agentes privados e as organizações filantrópicas, ainda que em desacordo à legislação. Deve-se insistir que não seria possível reescrever, por meio de termos aditivos, os contratos anteriores à Lei nº 15.210/2013³¹ uma vez que a mesma não possui efeito retroativo.

O discurso propagado à época da implantação da política de publicização dos serviços não-exclusivos do Estado pelo governador Eduardo Campos era que a adesão à terceirização no setor saúde, via contrato de gestão com as OSS, daria maior eficiência e eficácia aos serviços até então sob controle da gestão pública da saúde e ajudaria o gasto público a ser reduzido e a ganhar qualidade²³.

Nos dados apresentados por Ximenes²³, não se constatou um arrefecimento do gasto. Contraditoriamente, o que se evidenciou foi a implantação de um modelo que seguiu as ideias propagadas pelo projeto neoliberal de Reforma Administrativa do Estado, responsável por estimular a apropriação do fundo público por entes terceirizados que passaram a executar atividades antes exclusivas do Estado.

Quanto aos acréscimos e às supressões contratuais, deve-se registrar que em nove (75%) contratos de gestão houve acréscimos de recursos financeiros, um (8%) apresentou redução e dois (17%) não apresentaram alterações financeiras (Tabela 3).

Tabela 3 - Contratos de Gestão das OSS segundo acréscimos e supressões financeiras. Pernambuco, Brasil, 2009-2019.

OSS	Hospitais	Assinatura do contrato de gestão	Valor (R\$) no contrato	Assinatura do último TA*	Valor (R\$) no último TA	Aumento dos recursos financeiros (%)
IMIP HOSPITALAR	HDM	MAIO/2010	20.376.000,00	DEZ/2019	65.439.152,88	221,15
Fundação Manoel da Silva Almeida	HEC	NOV/2011	10.200.000,00	JAN/2018	21.609.028,20	111,85
IMIP HOSPITALAR	HMA	NOV/2009	38.509.826,00	JAN/2018	79.187.111,16	105,63
IMIP HOSPITALAR	HDH	MAIO/2010	45.306.608,52	SET/2019	85.013.813,40	87,64
Fundação Manoel da	HRPSM	OUT/2011	24.864.361,80	NOV/2018	48.083.576,04	93,38

Silva Almeida						
Irmandade Santa Casa de Misericórdia	HRFB	NOV/2013	17.760.954,24	JAN/2019	27.418.092,72	54,37
Hospital do Tricentenário	HJMO	SET/2011	30.703.910,00	DEZ/2019	39.754.186,20	29,48
IMP	HPS	OUT/2011	64.920.576,00	JAN/2016	78.561.767,17	21,01
Hospital do Tricentenário	HRRBC	AGO/2016	24.758.961,12	DEZ/2019	29.067.236,40	17,40
Hospital do Tricentenário	HREC	AGO/2017	23.541.539,88	DEZ/2019	23.541.539,88	sem alteração
SPCC	HSS	AGO/2018	27.601.739,76	sem termo aditivo	não se aplica	sem alteração
Hospital do Tricentenário	HMV	NOV/2015	176.903.836,20	DEZ/2019	103.143.594,24	-41,69

Fonte: SES/PE³⁷ e LAI/PE³⁸.

Elaboração própria.

* Até 31/12/20219.

Nota: NA - Não se aplica/não houve.

Em contradição ao limite permitido pela Lei Federal nº 8.666/1993³⁴ (até 25%) a pesquisa evidenciou terem sido executados acréscimos financeiros acima de 25% do valor inicial em sete (58%) dos contratos de gestão. Cabe ressaltar que as leis das OSS (federal e estaduais) não definem um limite para acréscimos e supressões. Como se pode observar na Tabela 3, alguns dos aumentos autorizados o foram, em percentuais que variam entre 29,48% a 221,15%, demonstrando o não cumprimento ao permitido em Lei.

Os acréscimos contratuais acima do permitido por lei também foram observados nos contratos de gestão formalizados nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo^{19,55}.

Chama a atenção, ainda, a existência de diferentes descrições para os termos aditivos com finalidades de reajuste financeiro. Dos 159 termos analisados, 91 (57%) se referem a acréscimos contratuais, sendo que em 30 deles (33%) esses acréscimos aparecem sob denominações distintas, tais como *reequilíbrio econômico-financeiro*, *repactuação financeira* ou *reajuste de repasse de custeio*. Entre os demais 61 termos, há instrumentos que são compreendidos como reajustes contratuais, embora não recebam nenhuma das denominações anteriores.

Questões como essas demonstram que o poder público não estabeleceu de forma clara e objetiva uma padronização terminológica para condições que são semelhantes em sua finalidade de justificar a incorporação de acréscimos financeiros. Elas evidenciam, mais uma vez, a manipulação contratual que favorece aos interesses econômicos das OSS e que não prescinde da omissão das instâncias de controle.

Esses interesses vão muito além do lucro líquido. Embora caracterizadas como entidades sem fins lucrativos, as OSS buscam se apropriar do excedente gerado a partir das relações com empresas fornecedoras de serviços, de insumos, prestadores de consultorias ou até por meio de aplicações financeiras.

Segundo Monte Cardoso e Andrietta⁵⁵, essas relações extrapolam o âmbito da entidade viabilizando o favorecimento de uma rede de agentes que possuem como garantia a receita proveniente do Estado. Por um lado, enquanto a realização e a acumulação de superávits viabilizam o crescimento do patrimônio do Estado através das OSS, são as vantagens geradas pela flexibilidade das relações e o grau de discricionariedade nas decisões na gestão dessas entidades que garantem a sobrevivência, a estabilidade e a força competitiva das OSS no mercado.

O que vem reforçar as OSS como estratégias atuais e incitantes do sistema do capital de fazer o dinheiro se valorizar e de criar valor. O processo de apropriação crescente dos recursos públicos pode ser explicado entendendo-se as organizações como forma política ancorada na dinâmica de expansão do mercado da saúde e na acumulação decorrente deste processo⁵.

A partir dessa análise dos dez anos de vigência do Programa de Publicização dos Serviços Não-Exclusivos em Pernambuco, observou-se importante adesão da SES/PE resultando na expansão de equipamentos de saúde administrados pelas OSS. Deve ser registrada a inobservância de preceitos legais de parte dos responsáveis pela regulação interna dos contratos de gestão, seja no estabelecimento desses, seja na formalização dos respectivos termos aditivos. Além disso, é possível afirmar que o poder executivo em Pernambuco não evitou a reincidência de faltas administrativas que vão de encontro à legislação em vigor.

Nesse contexto, salta à vista o deficiente processo de monitoramento das instâncias competentes para salvaguardar o interesse público, do que vem resultando crescente transferência de recursos financeiros para empresas privadas e favorecimento de interesses mercadológicos.

Considerações finais

A análise das ações de controle interno esteve pautada no fenômeno da terceirização dos serviços públicos de saúde, especificamente relacionado ao modelo de gestão por OSS. Esse fenômeno tem repercutido na estrutura e nos fluxos da rede hospitalar de atenção à saúde e no próprio processo de regulação exercido pelo governo estadual, o qual deve salvaguardar o interesse público.

Conforme evidenciado nessa pesquisa empírica, persiste um movimento recorrente de expansão da filantropia, tal como na história da assistência social brasileira, porém, agora, sob a forma de OSS anunciadas como entidades sem fins lucrativos. Esse modelo tem proporcionado a transferência de recursos públicos para essas entidades, subsidiando e atendendo aos anseios desse segmento da organização privada de serviços de saúde.

As entidades qualificadas como OSS, beneficiam-se simultaneamente da condição de entidades filantrópicas ao acumularem isenções de taxas e tributos decorrentes da execução de serviços públicos. Tais serviços, amparados em conceitos de caridade e benemerência, apresentam como justificativa um ideal de solidariedade social que se distancia do interesse público em nítida aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Ao mesmo tempo em que são qualificadas como sem fins lucrativos, as OSS devem ser entendidas como uma vertente do setor privado ao viabilizarem acordos comerciais que favorecem aos fornecedores e prestadores de serviços diversos, fomentando a expansão desse conglomerado empresarial no mercado.

No tocante à legislação aplicada às OSS, observou-se uma sequência de alterações em seu marco legal por sucessivas edições de novas leis e decretos, com a intenção de conferir legalidade a ações administrativas anteriormente não previstas nos contratos e termos aditivos. Tais procedimentos são indicativos de falhas importantes do controle interno ao selecionar (discricionariamente), contratar e avaliar o desempenho dessas entidades.

Quanto à qualificação das OSS, concedida pelo Estado por “conveniência e oportunidade”, cabe apontar que o poder de decisão conferido por lei (federal e estadual) ao

administrador público, ou seja, a discricionariedade, garante uma margem de liberdade, embora precise ter validade dentro dos limites permitidos por lei. O fato é que essa “liberdade” fere diretamente o princípio da isonomia, ou seja, quando, por “conveniência”, entidades com pré-requisitos similares são beneficiadas com a qualificação em detrimento a outras.

A análise minuciosa dos 12 contratos de gestão e dos 159 termos aditivos que compuseram o acervo da pesquisa empírica realizada, permitiu concluir o quão distantes se encontram dos princípios da administração pública, tendo em vista a existência de objetos contratuais genéricos, termos aditivos não contemplados no objeto contratual, prorrogação de vigência e reajustes contratuais sem previsão legal, quarterização de serviços e acréscimos financeiros acima do permitido. Tais demonstrações de incompatibilidade com os termos da legislação vigente, nos leva a indagar quanto às finalidades do controle interno sobre as atividades das OSS.

Também, a Lei de Acesso à Informação³⁶ não foi atendida pelos atores públicos e pelas entidades gerenciadoras das OSS. A ausência de partes que deveriam integrar os instrumentos contratuais, tais como anexos e notas técnicas, além de pareceres das instâncias de controle interno da SES/PE e do próprio governo do Estado, se constituem um indicativo do deficiente processo regulatório instituído pelo poder público em Pernambuco.

Assim, esse estudo evidenciou que simultaneamente à tendência expansionista de práticas do modelo de gestão por OSS se fazem presentes distorções inquestionáveis no processo de controle interno. Desse modo, o aumento de entidades filantrópicas qualificadas como OSS com contratos de gestão, vem possibilitando a transferência expressiva de parcelas do fundo público a essas empresas privadas, mesmo quando irregularidades são apontadas e reiteradas pelos órgãos de controle externo.

Diante do exposto, urge o fortalecimento da atuação da sociedade enquanto controle social sobre a eficiência e a qualidade dos serviços prestados pelas OSS. A sociedade deve se fazer presente, sempre, nos espaços representativos de defesa do interesse público.

Referências

1. BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 mai. 1998a.
2. BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno02.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2020.
3. MESTRINER, Maria Luisa. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. Bibliografia: p. 287-295.
4. DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada**. 13. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2022. Bibliografia: p. 334-340.
5. MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde**

- Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, 2018. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>. Acesso em: 12 mar. 2020.
6. ALMEIDA, Célia. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 14, 2017, Suppl 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197316>. Acesso em: 18 mar. 2020.
 7. BAHIA, Lígia. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300011>. Acesso em: 18 mar. 2020.
 8. SODRÉ, Francis e BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. Organizações sociais e privatização da Saúde: a discricionarietà dos contratos de gestão com o terceiro setor. *In: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E. C. A.; BAHIA, L. (org.) Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2018. Bibliografia: p. 43-54.
 9. BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de Direito Administrativo**. 32 ed. São Paulo: Malheiros, 2015. Bibliografia: p. 240-244.
 10. CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Tratado de Direito Administrativo: controle na administração pública e responsabilidade do Estado**. 2 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. Bibliografia: p. 39-44.
 11. COSTA, José Marcelo Ferreira. **Organizações Sociais: Lei nº 9.637/1998**. 2 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. Bibliografia: p. 40-116.
 12. BRASIL. Superior Tribunal Federal. **Acórdão - Ação Direta de Inconstitucionalidade 1923**. Distrito Federal: Superior Tribunal Federal, 2015. Disponível em:
<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10006961>. Acesso em: 12 mar. 2020.
 13. BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 04 fev. 2020.
 14. IBÁÑEZ, Nelson *et al.* Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200009>. Acesso em: 09 jun. 2020.
 15. BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>. Acesso em: 23 jun. 2020.
 16. TURINO, Fabiana. **Hospitais públicos sob gestão de Organizações Sociais de Saúde na Grande Vitória: um estudo comparativo**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2016.
 17. RAVIOLI, Antônio Franco; SOÁREZ, Patrícia Coelho de; SCHEFFER, Mário César. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, 2018. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00114217>. Acesso em: 14 set. 2021.
 18. PINTO, Élidea Graziane; AMARAL, Daniel João do. Controle de custos e resultados nos contratos de gestão da saúde: alguns apontamentos sobre suas prestações de contas. *In: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. (org.) Organizações*

- Sociais:** agenda política e os custos para o setor público de saúde. São Paulo: Hucitec, 2018. Bibliografia: p. 145.
19. FERNANDES, Lorena Estevam Martins. Gestão de pessoas e as Organizações Sociais de Saúde nos hospitais estaduais. *In: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. (org.) Organizações Sociais:* agenda política e os custos para o setor público de saúde. São Paulo: Hucitec, 2018. Bibliografia: p. 115-132.
 20. ZAGANELLI, Juliana Costa; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. O desafio da transparência pública na contratação de Organizações Sociais da Saúde. *In: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. (org.) Organizações Sociais:* agenda política e os custos para o setor público de saúde. São Paulo: Hucitec, 2018. Bibliografia: p. 89-101.
 21. PACHECO, Hélder Freire *et al.* Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 20, n. 58, p. 585-595, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0338>. Acesso em: 03 fev. 2020.
 22. LEITE, Adriana Maria Gomes Nascimento. **Organizações sociais de saúde e controle externo:** uma análise a partir do Tribunal de Contas de Pernambuco. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco, 2014.
 23. XIMENES, Assuero Fonseca. **A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco.** Dissertação (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2015.
 24. BRASIL. Decreto nº 9.190, de 01 de novembro de 2017. Regulamenta o disposto no art. 20 da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 nov. 2017a.
 25. BRASIL. Decreto nº 9.469, de 14 de agosto de 2018. Altera o Decreto nº 9.190, de 1º de novembro de 2017, para dispor sobre diretrizes e critérios para a qualificação de Organizações Sociais - OS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 ago. 2018.
 26. PERNAMBUCO. Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000. Sistematiza a prestação de serviços públicos não exclusivos, dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e da Sociedade Civil de interesse público e o fomento às atividades sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 20 out. 2000.
 27. PERNAMBUCO. Decreto nº 23.046, de 19 de fevereiro de 2001. Regulamenta a Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000, que instituiu o Sistema Integrado de Prestação de Serviços Públicos Não-Exclusivos; dispõe sobre a qualificação e funcionamento das organizações sociais e das organizações da sociedade civil de interesse público, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 19 fev. 2001.
 28. PERNAMBUCO. Lei nº 12.973, de 26 de dezembro de 2005. Altera os artigos 1º, 2º, 10, 14, 15, 17, 18, 22 e 31 da Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 26 dez. 2005.
 29. PERNAMBUCO. Lei complementar nº 141, de 03 de setembro de 2009. Dispõe sobre o Modelo Integrado de Gestão do Poder Executivo do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 03 set. 2009.
 30. PERNAMBUCO. Lei nº 14.248, de 17 de dezembro de 2010. Altera a Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000, que sistematiza a prestação de serviços públicos não exclusivos, dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e o fomento às atividades sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 17 dez. 2010.

31. PERNAMBUCO. Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013. Dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde - OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 2013, 19 dez. 2013.
32. PERNAMBUCO. Lei nº 16.155, de 05 de outubro de 2017. Altera a Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013, que dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde - OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 05 out. 2017.
33. PERNAMBUCO. Lei nº 16.771, de 23 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013, que dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde - OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 19 dez. 2019a.
34. BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 jun.1993.
35. PERNAMBUCO. Lei nº 12.525, de 30 de dezembro de 2003. Estabelece normas especiais relativas aos procedimentos de licitação e contratação na Administração Pública Estadual, altera a Lei nº 11.424, de 7 de janeiro de 1997, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 30 dez. 2003.
36. BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 nov. 2011a.
37. PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Organizações Sociais da Saúde**. 2022a. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude>. Acesso em: 10 jan. 2022.
38. PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Lei de Acesso à Informação. **Organizações Sociais da Saúde**. 2022. Disponível em: <https://www.lai.pe.gov.br/ses/organizacoes-sociais-de-saude/>. Acesso em: 11 jan. 2022.
39. PERNAMBUCO.. Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco. **Alepe Legis**. 2022c. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/>. Acesso em: 03 mar. 2020.
40. IMIP HOSPITALAR. FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES. 2014. **Estatuto Social Consolidado**. Disponível em: https://www.lai.pe.gov.br/ses/wp-content/uploads/sites/95/2022/03/FPMF_Estatuto.pdf. Acesso em: 06 jan. 2022.
41. SCMR. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE. **Nossa história**. 2022. Disponível em: <https://www.santacasarecife.org.br/institucional/nossa-historia/>. Acesso em: 05 jan. 2022.
42. FMSA. FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA. **Quem somos**. 2022. Disponível em: <https://www.hospitalmarialucinda.org//institucional/quemsomos.php>. Acesso em: 05 jan. 2022.
43. HTri. HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO. **Sobre o Hospital do Tricentenário**. 2022. Disponível em: <http://htri.org.br/index.php/2017/09/29/sobre-o-htri/>. Acesso em: 05 jan. 2022.
44. IMIP. INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA. **Quem somos**. 2022. Disponível em: <http://www1.imip.org.br/imip/conheca/quemsomos/quemsomos.html>. Acesso em: 07 jan. 2022.

45. FAV. FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA. **Quem somos**. 2022. Disponível em: http://www.fundacaoaltinoventura.com.br/site/?page_id=11295. Acesso em: 07 jan. 2022.
46. SPCC. SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER. **Ata da Assembleia Geral Extraordinária de 17 de agosto de 2017**. 2017. Disponível em: https://hcpgestao-portal.hcpgestao.org.br/storage/estatuto_ata/ATA-assemblea-geral-extrao-17-08-17.pdf. Acesso em: 05 jan. 2022.
47. PERNAMBUCO. Portal da Transparência de Pernambuco. **Repasse às Organizações Sociais de Saúde (OSS) e às Unidades de Saúde**. 2022d. Disponível em: <http://web.transparencia.pe.gov.br/fiscalizacao-e-controle/repasse-as-organizacoes-sociais-de-saude-oss-e-unidades-de-saude/>. Acesso em: 07 jan. 2022.
48. TURINO, Fabiana; SODRÉ, Francis; BAHIA, Ligia. A dupla certificação na saúde: a articulação política entre as instituições filantrópicas e as Organizações Sociais de Saúde. *In*: Sodré, F.; Bussinguer, E.C.A.; Bahia, L. (org.). **Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018, p.66-72.
49. PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. **Relatório do Voto, Processo TC nº 19100416-9 - Exercício 2018**. 2018. Disponível em: <https://www.tce.pe.gov.br/internet/docs/tce/Voto-19100416-9.pdf>. Acesso em: 05 out. 2021.
50. PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. **Relatório de Auditoria Especial - Conformidade - 2019, Processo nº 19100415-7**. 2019b. Disponível em: <https://www.tce.pe.gov.br/internet/index.php/processos>. Acesso em: 05 out. 2021.
51. COSTA, José Marcelo Ferreira. **Organizações Sociais: Lei nº 9.637/1998**. 2 ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. Bibliografia: p. 40-116.
52. BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. **Súmula nº 331**. 2011b. Disponível em: https://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_301_350.html. Acesso em: 10 out. 2021.
53. ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 03, p. 499-518, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>. Acesso em: 09 jun. 2020.
54. PILOTTO, Bernardo Seixas; JUNQUEIRA, Virginia. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. **Serviço Social e Sociedade**, n. 130, p. 547-563, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.123>. Acesso em: 10 ago. 2020.
55. MONTE CARDOSO, Artur; ANDRIETTA, Lucas Salvador. Interesses econômicos das Organizações Sociais de Saúde. *In*: Sodré, F; Bussinguer, E.C.A.; Bahia, L. (org.) **Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018. Bibliografia: p. 254-257.