



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS**  
**DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**DAVI DE ASSIS ARAÚJO**

**A ATUAÇÃO DO INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR DURANTE A  
PANDEMIA DE COVID-19 NA PERSPECTIVA DOS RELATÓRIOS DE ANÁLISE  
DO CONTRATO DE GESTÃO FIRMADO COM O ESTADO DO CEARÁ**

**FORTALEZA**

**2022**

DAVI DE ASSIS ARAÚJO

**A ATUAÇÃO DO INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR DURANTE A  
PANDEMIA DE COVID-19 NA PERSPECTIVA DOS RELATÓRIOS DE ANÁLISE  
DO CONTRATO DE GESTÃO FIRMADO COM O ESTADO DO CEARÁ**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dra. Maria de Nazaré Moraes Soares.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

A688a Araújo, Davi de Assis.

A atuação do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar durante a pandemia de Covid-19 na perspectiva dos relatórios de análise do contrato de gestão firmado com o estado do Ceará / Davi de Assis Araújo. – 2023. 68 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Curso de Gestão de Políticas Públicas, Fortaleza, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Maria de Nazaré Moraes Soares.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Terceiro setor. 3. Contrato de gestão. 4. Pandemia. I. Título.

CDD 320.6

---

DAVI DE ASSIS ARAÚJO

**A ATUAÇÃO DO INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR DURANTE A  
PANDEMIA DE COVID-19 NA PERSPECTIVA DOS RELATÓRIOS DE ANÁLISE  
DO CONTRATO DE GESTÃO FIRMADO COM O ESTADO DO CEARÁ**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Maria de Nazaré Moraes Soares (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. José Lenho Silva Diógenes  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Ma. Rita Cláudia Aguiar Barbosa  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus  
Aos meus pais, Izaias Pereira de Araújo  
E Ana Clementina de Assis

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas graças e misericórdias imerecidas, proporcionando força de vontade durante as dificuldades.

À minha família e amigos, fontes de alívio e descanso.

À Prof. Dr. Dra. Maria de Nazaré Moraes Soares, pela excelente orientação, paciência e boa vontade em cooperar com a minha formação acadêmica, proporcionando o suporte necessário para a realização deste trabalho.

Aos professores participantes da banca examinadora José Lenho Silva Diógenes e Rita Cláudia Aguiar Barbosa, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

A Jamille Soares Moreira Alves, pelos esclarecimentos e orientações sobre a política de realização de pesquisas do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar.

Aos colegas da turma de graduação, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas, em especial, Alice Thainá Chagas Custode, Lilian da Silva Duarte e Jonathas Maciel Mendonça, meus melhores amigos no curso, pessoas incríveis que me ajudaram a trilhar esse caminho.

À Universidade Federal do Ceará, através da estrutura, políticas, princípios e corpo docente em geral que me proporcionaram um importante desenvolvimento pessoal e profissional.

“Humanos são fracos e morrem facilmente.  
Mas não importa o quão fracos somos,[...],  
não importa quanta dor sentimos, nós ainda  
queremos viver..”

Kentaro Miura (1988)

## RESUMO

Tendo como assuntos centrais o terceiro setor, políticas públicas de saúde e gestão por organizações sociais, o seguinte trabalho tem como objetivo analisar os processos de gestão durante o período da pandemia de uma organização social de saúde, o Instituto de Gestão e Saúde Hospitalar (ISGH), que administra o Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. O trabalho parte da análise dos relatórios de análise do contrato de gestão firmados em o Estado do Ceará e o ISGH, que mantém indicadores de fiscalização, acompanhamento e avaliação. A pesquisa se desenvolve através de dados secundários, coletados em documentos divulgados no sítio institucional do ISGH, incluindo os relatórios e contratos de gestão, nos períodos de 2019 e 2020, buscando identificar alterações significativas no desempenho da unidade de saúde em cumprir as metas definidas no contrato, decorrentes da pandemia, apresentando caráter qualitativo e documental. Também é abordada a importância do terceiro setor como agente atuante nas políticas de saúde. Foi possível verificar que além das questões diretamente relacionadas à doença, consequências secundárias, decorrentes das medidas de controle, também exerceram influência nos indicadores de desempenho. Além disso, foi observada a falta de indicadores qualitativos e a falta de flexibilidade do instrumento de controle em se voltar para aspectos mais relevantes para o contexto atípico, como aspectos problemáticos do instrumento de controle. Assim, espera-se contribuir com o desenvolvimento do debate acerca da participação do terceiro setor nas políticas públicas de saúde, além de uma fonte de informação sobre a pandemia.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas de Saúde. Terceiro Setor. Contrato de Gestão. Pandemia.

## ABSTRACT

Having as central subjects the third sector, public health policies and management by social organizations, the following work aims to analyze the management processes during the period of the pandemic of a social health organization, the Institute of Health and Hospital Management (ISGH) which manages the General Hospital Dr. Waldemar de Alcantara. The work starts from the analysis of the analysis reports of the management contract signed in the State of Ceará and the ISGH, which maintains inspection, monitoring and evaluation indicators. The research is developed through secondary data, collected in documents published on the ISGH institutional website, including management reports and contracts, in the periods of 2019 and 2020, seeking to identify significant changes in the performance of the health unit in meeting the goals defined in the contract, resulting from the pandemic, presenting a qualitative and documentary character. The importance of the third sector as an active agent in health policies is also addressed. It was possible to verify that in addition to issues directly related to the disease, secondary consequences, resulting from control measures, also exerted an influence on performance indicators. In addition, it was observed the lack of qualitative indicators and the lack of flexibility of the control instrument in turning to aspects that are more relevant to the atypical context, such as problematic aspects of the control instrument. Thus, it is expected to contribute to the development of the debate about the participation of the third sector in public health policies, as well as a source of information about the pandemic.

**Keywords:** Public Health Policies. Third sector. Management Agreement. Pandemic.

## LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, E TABELAS

Quadro 01	Tipologia Ideal dos Modelos de Gestão .....	26
Tabela 01	Distribuição das unidades por região.....	30
Tabela 02	Modelos de contratação OSS .....	30
Quadro 02	Indicadores Relatório de Fiscalização, Acompanhamento e Avaliação.....	35
Figura 01	Evolução dos casos de COVID entre fevereiro e agosto 2020	39
Figura 02	Evolução dos óbitos decorrentes de COVID entre abril e agosto 2020	39
Quadro 03	Principais Decretos do período de isolamento social.....	41
Figura 03	Unidades de negócio .....	43
Quadro 04	Metas e Pagamentos Contrato de Gestão 2019	46
Quadro 05	Metas e Pagamentos Contrato de Gestão 2020	46
Quadro 06	Capacidade Operacional Hospital Dr. Waldemar de Alcântara 2019 .....	47
Tabela 03	Alterações na capacidade operacional Contrato de Gestão Aditivo 02/2020 ..	48
Gráfico 01	Número de Saídas por Unidade Assistencial .....	48
Gráfico 02	Média trimestral de Permanência .....	49
Gráfico 03	Procedimentos Cirúrgicos .....	51
Gráfico 04	Consultas Ambulatoriais .....	52
Gráfico 05	Pacientes em Atendimento Domiciliar .....	53
Gráfico 06	Taxa Satisfação Usuários .....	55
Gráfico 07	Resultados Globais de Indicadores de Gestão .....	57

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1 Contextualização .....	14
1.2 Problema e Justificativa .....	15
1.3 Objetivos da pesquisa .....	16
1.4 Aspectos metodológicos e estrutura do trabalho .....	17
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
2.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil .....	18
2.2 O Terceiro Setor e seu Papel na Implementação de Políticas Públicas de Saúde.....	22
2.3 O Contrato de Gestão como Instrumento de Parceria .....	31
<b>3 SUPORTE METODOLÓGICO</b> .....	<b>34</b>
3.1 Tipologia da pesquisa e categorias de análise .....	34
3.2 Características da Amostra .....	36
3.3 Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados .....	36
<b>4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
4.1 A Condução das Políticas de Saúde no Contexto da Pandemia de Covid19 .....	38
4.2 A atuação do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar .....	42
4.3 Hospital Dr. Waldemar de Alcântara e Metas do Contrato de Gestão .....	45
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>62</b>
5.1 Síntese das respostas aos objetivos .....	61
5.2 Contribuições da pesquisa .....	62
5.3 Limitações da pesquisa e sugestões para estudos futuros .....	63
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>66</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização

A saúde pública no Brasil sempre figurou entre os principais temas de discussões, seja na perspectiva política, econômica, social. Allonzi, *et al*, (2002) retrata com detalhes o histórico de desenvolvimento desta enquanto política pública, enfatizando os principais momentos, incluindo a Constituição Federal de 1988, que consolidou novas possibilidades em relação ao direito ao acesso a serviços de Saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). Outros atores como Teixeira (2006) contribuem para o debate em como o SUS está em constante desenvolvimento e aprendizado nas próprias experiências.

É relevante considerar que a saúde pública se desenvolve em função de diversos atores. Além do Estado como provedor, e da população como beneficiária, são possíveis outros participantes, como o Terceiro Setor, que, como no caso da saúde pública, é objeto de estudos e discussões. Albuquerque (2006), por exemplo, discorre sobre as possibilidades de classificação e características deste segmento, apontando o que o difere do Estado e do setor privado, sendo um ente direito privado, sem fins lucrativos. Di Pietro (2019) propõe críticas relevantes à aproximação da administração pública com este, principalmente pelo entendimento de terceirização do serviço de saúde e brechas na legislação a respeito desses entes. Pavan, Kipnis e Mancini (2016) apresentam benefícios relevantes desta relação, como gestão baseada em alcance de metas, para a área da saúde pública.

Dentre os diversos campos de políticas públicas, a saúde sempre ocupou lugar de destaque. Principalmente após a revolução científica, com a utilização de métodos práticos, o serviço de saúde foi se desenvolvendo, mas mantendo um caráter pouco inclusivo, onde as populações menos favorecidas dependiam basicamente da caridade para ter acesso a cuidados mais específicos..

No Brasil, com a implementação do Sistema Único de Saúde, uma de suas maiores inovações foi a descentralização, onde mesmo antes de sua implementação, conforme Trindade (2002, p. 101), já se considerava a importância de mecanismos que possibilitassem a representação de diferentes atores envolvidos no sistema de saúde.

Apontado como uma manifestação independente da sociedade, o Terceiro Setor representa as possibilidades de ação de uma instituição que “desenvolve atividades públicas através de associações profissionais, [...] e demais organizações assistenciais ou caritativas da sociedade civil.” (TENÓRIO, 1999, p. 20). Fernandes (1994, p. 23) desenvolve o conceito desta categoria sobre a ideia de “não governamental” e “não lucrativo”, afirmando que a sua

razão de ser está além do poder ou do lucro. Essa particularidade estava relacionada com um caráter voluntário e independente, onde, no contexto de saúde, se relaciona com a temática da relação de populações menos favorecidas e filantropia.

No estado do Ceará, através da Lei Nº 12.781, DE 30.12.97, entidades do Terceiro Setor podem ser qualificadas em Organizações Sociais. A partir dessa qualificação a entidade pode, através de um contrato de gestão com o poder público, exercer atividades em serviços públicos não exclusivos, como educação e saúde, em regime de parceria com a Administração Pública.

Recentemente o país enfrentou uma pandemia global de COVID-19, que expôs fragilidades e trouxe diversas tensões e debates, onde a crise sanitária também agravou questões econômicas e sociais. Neste contexto pandêmico, as medidas de combate à doença direcionadas pelo poder público, em especial pelo governo do Estado, foram relevantes na dinâmica de trabalho desenvolvido no período, nas organizações do Terceiro Setor que implementam políticas públicas de saúde em regime de contrato de gestão.

Este trabalho pretende desenvolver um estudo no âmbito do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), Organização Social de Saúde atuante no estado do Ceará, com sede no município de Fortaleza, em especial, nas atividades desenvolvidas no Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara (HGWA).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é analisar os relatórios trimestrais das avaliações dos contratos de gestão pactuados para a gestão do HGWA, entre o ISGH e o governo do estado do Ceará, dos anos de 2019 e 2020, visando identificar os efeitos da pandemia nos processos de implementação da política pública de saúde. Tais informações estão disponíveis no sítio da instituição no campo de transparência, organizados de forma anual e por trimestre.

## **1.2 Problema e justificativa**

O Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), qualificado como organização social através do Decreto nº 26.811, de 30 de outubro de 2002, completou 19 anos de fundação em 2021, tendo como missão transformar a saúde para o bem-estar social, e desde então, após sua instituição especificamente para a gestão do Hospital Geral Waldemar de Alcântara, suas atividades foram ampliadas, e a gestão se estendeu para diversas outras unidades atuantes diretamente na área da saúde, incluindo UPAs, Postos CAPS e até Hospitais, inclusive fora da capital.

No contexto de pandemia global, além do elevado número de óbitos, o ISGH além de sujeito as diversas restrições impostas, atuou ativamente, desenvolvendo as atividades de gestão das unidades de saúde sob sua responsabilidade. Para o HGWA a situação foi mais delicada, pois atuou na linha de frente da saúde pública, no tratamento e cuidados ante a pandemia. Dito isto, temos a questão problematizadora deste trabalho: “Quais os impactos da pandemia de COVID – 19 no desempenho do Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara na perspectiva do contrato de gestão?”

A escolha da temática se deu em parte por minha experiência profissional no setor financeiro do instituto, tendo iniciado as atividades momentos após o período mais agressivo da pandemia, e constatando na prática as alterações na rotina e trabalho dos colaboradores que passaram por esse período. Também é de grande relevância pública trazer esclarecimentos sobre uma instituição mantida com recursos públicos, atuante numa área que compreende um direito fundamental do ser humano.

Para o contexto do Terceiro setor, a relação com o setor público se mostra uma alternativa para o desenvolvimento de atividades e serviços relevantes para a sociedade. O contrato de gestão, indicado como instrumento com forte dimensão racional, influenciando as dinâmicas de prestação de contas e autonomia (LIMA, 1996), representa uma possibilidade capaz de mudanças significativas na gestão de instituições e sua relação com um cenário atípico configura um exemplo relevante para referências futuras. Importante considerar que o contrato possibilita interpretações que o problematizam por permitir a execução de atividades estatais, com recursos públicos, porém numa modalidade que utilizaria a flexibilidade para se evadir de procedimentos como concursos públicos, e licitações (na escolha da entidade para se firmar o contrato) (DI PIETRO, 2019). Outra crítica se encontra na compreensão que esta dinâmica representa a transferência de responsabilidades do setor público para um ente privado (GONÇALVES *apud* COUTINHO, 2006, p. 35).

### **1.3 Objetivos da pesquisa**

O objetivo deste estudo é analisar os relatórios trimestrais das avaliações dos contratos de gestão pactuados para a gestão do HGWA, entre o ISGH e o governo do estado do Ceará, dos anos de 2019 e 2020, visando identificar os efeitos da pandemia nos processos de implementação da política pública de saúde, comparando os resultados constantes nos relatórios em um ano antes da pandemia, em 2019, com os resultados do ano de 2020, sob a incidência da pandemia, considerando o momento das políticas públicas de saúde.

Os objetivos específicos são:

- 1 Compreender os processos de evolução das políticas públicas de saúde no Brasil;
- 2 Observar a atuação do ISGH na gestão hospitalar durante o período pandêmico;
- 3 Analisar e comparar os resultados constantes nos relatórios de avaliação do contrato de gestão dos anos de 2019 e 2020 para a gestão do HGWA.

#### **1.4 Aspectos metodológicos e estrutura do trabalho**

A natureza desta pesquisa é majoritariamente qualitativa, seguindo a metodologia de análise documental, também exploratória, buscando conferir como o contexto pandêmico influenciou no desempenho de metas do contrato de gestão firmado entre o Governo do Estado do Ceará e o ISGH para a gestão do HGWA; e descritiva, ao buscar referências em estudos já realizados e trazer os conceitos para o meio observado. A fonte dos dados é secundária, advinda dos relatórios de avaliação do contrato de gestão do HGWA, coletados no próprio site institucional do ISGH.

O trabalho se estrutura em descrever o contexto da saúde pública brasileira, relatando seu desenvolvimento até a criação do Sistema Único de Saúde. Em seguida é descrito o contexto do Terceiro Setor e sua origem, incluindo críticas em sua relação com as políticas públicas de saúde e o contrato de gestão como instrumento de parceria entre a Administração Pública e o Terceiro Setor para implementação de políticas públicas de saúde. Seguindo, é descrita a metodologia da pesquisa utilizada. Em prosseguimento, são apresentadas a seção de análise e discussão dos resultados, discutido o cenário da pandemia de COVID-19, a instituição ISGH e HGWA, bem como as considerações finais do estudo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil

A Saúde é definida como direito social pela Constituição Federal de 1988. Nas disposições da Lei Orgânica da Saúde é definido como dever do Estado na garantia da saúde a “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos”. Destaca-se, entre os avanços conquistados, a Universalização e a Descentralização. Para compreender a importância, e o que possibilitou esses conceitos, elencados entre as principais diretrizes na própria Legislação citada, é preciso considerar o contexto de desenvolvimento da área da saúde no Brasil.

Allonzi, *et al*, (2002, p. 119) afirma que a saúde se tornou prioridade de governo efetivamente no início do século XX, com o desenvolvimento da política exportadora de café. Essa relação ligada ao desenvolvimento econômico ditou o que se esperava quanto às políticas de saúde. O objetivo se resumia em controlar endemias e trazer mais qualidade sanitária aos portos. Essas medidas visavam preservar os trabalhadores das doenças comuns aos agrupamentos urbanos da época, como malária, peste bubônica e varíola, além de atrair imigrantes para compor a massa atuante nos serviços que compunham a cadeia de exportação. O foco em um setor específico também restringia a abrangência das ações aos polos agroindustriais da época, nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

Neste período o órgão responsável pela saúde era a Diretoria-Geral de Saúde Pública (DGSP) - Instituída pelo decreto n. 2.449 de 1897, conforme página institucional do Arquivo Nacional, resultou da unificação da Inspetoria Geral da Saúde dos Portos e do Instituto Sanitário Federal, repartições federais responsáveis pela prevenção de doenças, respectivamente, nos contextos marítimo e terrestre – atuante desde 1897. Com o Decreto N. 5.156, de 8 de março de 1904 se teve um novo regulamento dos serviços sanitários sob responsabilidade da instância federal, o que aumentou as atribuições da DGSP. Entre as principais medidas se teve estudo da natureza e tratamento de doenças transmissíveis; suporte médico e sanitário aos estados, quando solicitado, em casos de calamidade pública; organização de estatísticas demográficas sobre doenças, tratamento, óbitos e outros indicadores pertinentes ao campo de saúde; e fiscalização da produção de vacinas e remédios.

## Políticas Públicas de Saúde na Era Vargas

Nos anos 1930 há uma transição, onde a crise financeira mundial acaba impactando o mercado de importação de café, e o foco do desenvolvimento se volta para a Indústria. Nesse contexto também há o desenvolvimento da seguridade social, agora administrada por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para os trabalhadores assalariados. Importante ressaltar que antes da criação dos Institutos cada categoria tinha sua própria forma de seguridade, com diferentes valores de contribuição, diferentes coberturas. Os IAPs forma uma forma de padronizar a seguridade dentro de uma mesma categoria, mas ainda havia disparidade entre os diversos segmentos.

Em relação à saúde, Allonzi *et al* (2002, p. 119) aqui relaciona como inovações do período em atendimento médico domiciliar e financiamento através dos IAPs. É importante ressaltar que devido às diferentes legislações de cada instituto haviam variações em relação aos serviços elegíveis, incluindo para a saúde. O autor atribui essa prerrogativa a deixar a saúde em segundo plano, e para a prioridade o desenvolvimento, uma situação não muito diferente do que se viu anteriormente, com a preocupação sanitária dos portos estar na manutenção do mercado, e não na preservação dos trabalhadores e população local. Com isso foram gerados debates e reivindicações, resultando em legislações que mais adiante apontaram para a unificação da previdência social.

De qualquer forma, em meio a esses avanços no campo social, o que se observa é ainda uma considerável centralização das políticas públicas. Nos últimos anos do primeiro governo de Vargas, porém, houve uma considerável mudança. Em 1942, através de acordo com os Estados Unidos foi definido o Serviço Especial de Saúde Pública. Este pacto proporcionou apoio médico e sanitário em regiões estratégicas na produção de materiais, regiões essas antes negligenciadas, onde, como foi dito, as ações federais de saúde eram restritas em casos de calamidade pública.

É preciso lembrar que nessa época o mundo vivenciava um contexto de Guerra, e a borracha e o minério de ferro eram a razão do acordo entre as duas nações, não a saúde dos trabalhadores ou as populações locais. “Criado no contexto da Segunda Guerra Mundial,[...], o Sesp foi planejado para ser uma agência temporária, encarregada de políticas sanitárias pontuais em regiões produtoras de matérias-primas estratégicas – a Amazônia e o Vale do Rio Doce.” (Campos, 2006, p.19).

## **Políticas Públicas de Saúde nos anos de Governo Militar**

Durante esse período a cobertura dos serviços de saúde estava intimamente atrelada à previdência, ao moldes dos citados Instituto de Aposentadoria e Pensões, deixando a população menos favorecida, sem acesso ao trabalho formal, dependente de ações do Ministério da Saúde, que conforme Paiva e Teixeira (2014), se manifestava prioritariamente no caráter preventivo. Ainda é possível estabelecer que as desigualdades geravam duas realidades de acesso à saúde. De fato, ações relevantes para o cuidado da população eram comuns, a questão era a exclusividade, o que inclusive atrapalhava a qualidade de vida geral, uma vez que grande parte da população num estado de pouca proteção sanitária favorece a permanência e disseminação de enfermidades.

Ainda segundo o autor, o momento foi marcado pela crise quanto ao financiamento das políticas de saúde. No contexto de guerra fria e conjuntura internacional favorável, foi observado um considerável crescimento, o chamado “Milagre Econômico”, em meados de 1960. Contudo, esse crescimento ficou marcado pela concentração de renda, e no fim da década de 70, com a crise do petróleo, a conjuntura favorável se findava. Somando-se a isso a repressão, marcante durante o regime militar, criou-se o ambiente de tensões sociais, resultando nos movimentos pela democracia e reformas.

A reforma sanitária que precedeu a instituição do Sistema Único de Saúde representou uma manifestação do anseio à democracia, um entendimento que o regime autoritário não poderia suprir as necessidades da população, sobretudo em questões sociais. Oriunda da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a reforma representou o conjunto de ideias sobre os rumos que a saúde em geral deveria tomar para proporcionar melhor qualidade de vida ao povo brasileiro.

Importante ressaltar que, acompanhando o clima de redemocratização, essa foi a primeira conferência com participação dos usuários, segundo a página institucional da mesma, no portal do Conselho Nacional de Saúde. Esse ato representa o direcionamento e envolvimento da população consciente de sua cidadania e papel de destaque.

## **Políticas Públicas de Saúde a partir de 1988 e Constituição do SUS**

Seguindo a redemocratização, e com a pressão dos movimentos sociais é estabelecida a Constituição Federal de 1988, marco que oficializa, entre outros direcionamentos, a responsabilidade entre as instâncias Federal, Estadual e Municipal sobre legislar e desenvolver questões de interesse público, incluindo a saúde. A descentralização não fica

apenas entre as possibilidades do poder público. A rede privada também passa a integrar a rede de saúde de forma complementar.

Além disso, no artigo 198 consta que os serviços de saúde seriam financiados com recursos oriundos da seguridade social das três instâncias, e outras fontes. Isso enfatiza, em comparação com o que se observava anteriormente, que a saúde alcançou sua posição de prioridade, sendo entendida como fundamental em si própria, principalmente quando se observa a lei específica dos serviços e promoção à saúde, qualificando-a como direito fundamental. Outros avanços relacionados com a descentralização também foram possibilitados:

No ano e meio transcorrido da aprovação da Constituição até o Governo Collor tomar posse, deu-se prosseguimento, com enormes dificuldades, à descentralização política de saúde. Esta se caracterizou pelo repasse aos estados e municípios da prestação dos serviços de saúde, tal como previsto na proposta da Reforma Sanitária aprovada na VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve prosseguimento com o Decreto que criou o SUDS, em 1987, posteriormente legislado na Constituição Nacional sob o nome de Sistema Único de Saúde (SUS). (GERSCHMAN, 2004, p. 181).

Sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) em si, a legislação específica citada é a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que define as condições para a devida promoção da saúde e organização dos serviços, podendo ser entendida como a materialização do sistema definido na constituição. Esse sistema representa o conjunto de ações, instituições, ambientes, estudos, discussões e mais, sobre saúde. Ter participação em áreas “pertinentes” a outros campos como meio ambiente e educação reforça o objetivo da promoção da saúde por completo, reconhecendo sua diversidade de aplicações.

Teixeira (2006, p. 22) relata como as diferentes experiências em saúde, em diversos âmbitos, contribuíram para o diálogo entre teoria e prática sobre o modelo de atenção à saúde. Atenção essa, que substitui a lógica combativa pela preventiva, ou seja, oficializar a compreensão da importância em não apenas combater as enfermidades, mas também buscar causar efeito nas causas destas. E também não se limitando nos ambientes relacionados diretamente com saúde. Essa compreensão se manifesta em atribuições como vigilância nutricional, proteção do meio ambiente, e ordenação de recursos humanos da área.

Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (p. 19), demonstram que sete em cada dez brasileiros dependem exclusivamente do SUS para tratamentos, atendimentos hospitalares e quaisquer outros serviços de saúde. Considerando as demais atribuições e campos de ação do SUS, além do atendimento médico direto, é possível vislumbrar a importância do sistema e o quanto ele representa em termos de conquista de direitos para a população brasileira.

Os marcos apresentados exemplificam momentos das políticas de saúde pública. O desenvolvimento ocorreu e continua de forma gradual, conforme o desenvolvimento da própria sociedade, e se manifesta na rede de cuidados à saúde brasileira.

## **2.2 O Terceiro Setor e seu Papel na Implementação de Políticas Públicas de Saúde**

Conforme Albuquerque (2006, p. 22), partindo de uma visão mais ampla, é possível definir a origem do Terceiro Setor entre os séculos XVI e XVII, com manifestações populares em forma de ajuntamentos em prol de uma finalidade comum, com o detalhe da forte influência religiosa ou política, os grandes poderes que ditavam os moldes da vida em sociedade. Até meados de 1800, com o surgimento de organizações modernas como sindicatos, ainda se tinha grande influência da Igreja e Estado, e devido a isso, essas organizações independentes que se manifestavam em diferentes segmentos acabavam adquirindo características destes últimos, como participação massiva e hierarquia centralizadora.

Ainda segundo Albuquerque (2006), a partir da II Guerra Mundial, com o desenvolvimento de tecnologias, profundas mudanças políticas, econômicas e sociais, problemas decorrentes de pobreza, desigualdade, questões ambientais, foi questionada a capacidade estatal para intervir em tantas questões. Além disso, para o contexto da América Latina é importante citar o Consenso de Washington, realizado em 1989, que reuniu economistas e instituições com perfil neoliberal em prol de desenvolver recomendações para ampliação do neoliberalismo e crescimento dos países latino-americanos. Em face a esse modelo americano, com pautas como reduzir o tamanho do estado cortando gastos, privatizações; abertura econômica para capital estrangeiro; creditando grandes responsabilidades e expectativas ao setor privado, as organizações da sociedade civil surgiram como uma alternativa ao setor político e ao privado, um Terceiro Setor.

Manas e Medeiros (2012) apontam que a pobreza no Brasil vem de uma dinâmica capitalista concentradora de renda, e junto com o aumento populacional proporciona um ambiente extremamente carente e desigual. Além disso, as medidas de intervenção estatal são geralmente paliativas e restritas causando dependência por parte dos beneficiários. Nesse contexto, as organizações do Terceiro Setor se apresentam como resposta da iniciativa privada, em campos de interesse social, sem fins lucrativos. Nota-se que entre os estudiosos há um esforço em separar a sociedade civil e o setor privado, limitando este último para instituições que visem lucro. Considerando o tom pejorativo do termo privado nas ciências

sociais, faz sentido, inclusive didaticamente, separar essas duas manifestações da sociedade civil, diferenciando meios de busca por lucro e exploração de recursos, de manifestações civis em busca de desenvolvimento social.

Albuquerque (2006, p. 25), citando o estudo da universidade Johns Hopkins, de Baltimore, Estados Unidos, também elenca como principais fatores para o crescimento das organizações do Terceiro Setor justamente os resultados da dinâmica apresentada acima: dúvida na capacidade do Estado, principalmente pelas consequências da concentração de renda; diversificação e atuação abrangente entre os setores de atuação da sociedade civil para preencher as faltas do Estado; e uma contrapartida ao Consenso de Washington. Numa perspectiva macro, ainda é importante citar a terceira revolução industrial, onde os avanços tecnológicos suprimiram diversos postos de trabalhos, aumentando a massa necessitante de ações governamentais de suporte;

Para Gonçalves, *et al* (2015, *apud* OLIVEIRA, 2003), em seu ensaio sobre movimentos históricos do Terceiro Setor, os primeiros registros dessas organizações em território brasileiro constam no período colonial, durante a primeira república, através de ações sociais, também de caráter religioso, sob a Igreja católica. Mais especificamente, o site institucional da santa casa de misericórdia de Passos (2016) indica que a Irmandade das Casas de Misericórdia chegou ao país em 1543, em Santos, para cuidar da saúde dos marinheiros nos portos e da população da cidade.

Em meio às diversas possibilidades de definições, Albuquerque (2006, p. 29) elenca os pontos-chave de identificação: estrutura e existência institucional – possuem uma identidade e organização definida – institucionalmente separadas do Estado – são manifestações independentes da sociedade, mantendo caráter privado – sem fins lucrativos – não distribuem resultados entre dirigentes e gestores – autogovernadas – são independentes quanto a questões internas, direcionamentos estratégicos – voluntárias – atraem contribuições financeiras, trabalho voluntário, parcerias.

## **Desafios do Terceiro Setor**

Assim como a administração pública e o setor privado com fins lucrativos, o Terceiro Setor apresenta suas especificidades, e, devido à sua forma de funcionamento, suas próprias dificuldades particulares. Essas questões se agregam num aspecto principal, a permanência. Com exceção do Estado, as organizações precisam se esforçar para exercer um desenvolvimento sustentável, a fim de exercerem suas atividades por um tempo indeterminado. E é a qualidade no enfrentamento às dificuldades que garante o desenvolvimento sustentável.

Em seu recente estudo sobre o Terceiro Setor, Cruz (2021) elenca as principais dificuldades em relação à permanência sustentável no âmbito da saúde. Tendo seu foco em hospitais filantrópicos, sua revisão bibliográfica apontou como principal dificuldade uma deficiência na profissionalização da gestão, que se desdobra em algumas consequências que impactam diretamente no desenvolvimento da instituição. Com a administração sendo exercida por indivíduos sem a devida capacitação, se observou desperdícios de recursos e carências quanto a estruturas necessárias para administração de qualidade, como um controle de gastos adequado. Considerando a dependência de recursos em repasses e doações, também se observa consideráveis déficits financeiros e, em longo prazo, endividamentos. Fiscalização pouco eficiente também foi um aspecto observado.

A articulação entre corpo técnico (médicos, enfermeiros) e nível estratégico (conselheiros, presidente) também se mostrou um obstáculo. O gestor acaba tendo pouca autonomia na medida em que estes outros atores exercem pressões em seus próprios favores. Devido ao conflito de interesses, o gestor também precisa conciliar as partes.

Ainda sobre saúde, o estudo realizado por Pavan, Kipnis e Mancini (2016, p. 12) sobre a gestão do Hospital Municipal Central de Osasco por uma organização social de saúde citou que houve resistência por parte dos atores envolvidos pelo entendimento que o contrato de gestão seria uma forma de terceirização do serviço de saúde, principalmente pela adoção de práticas mais alinhadas ao setor privado.

Esse entendimento também está presente no livro de Maria Di Pietro *Parcerias na Administração Pública*, produção do campo do direito que aborda as relações e implicações de parcerias do setor público com outros entes. Na obra, na parte que tange o Terceiro Setor, a autora indica que a legislação e conceitos que o regem ainda é relativamente recente, e pode ser entendido como um problema com a adesão do Terceiro Setor no meio público por ela

estar sujeita a brechas e certos pontos que precisam ser esclarecidos, dentro do meio jurídico doutrinário.

Organizações sociais que se propõem a contribuir com o desenvolvimento social – no caso do ISGH transformar a saúde – por não pertencerem ao setor que se fundamenta na busca de lucro, não podem se basear estritamente em modelos que o fazem, frutos dos estudos em administração, voltados para o setor privado empresarial (MAGALHÃES, et al, 2006).

Ainda no trabalho de Ósia Magalhães, citando França Filho (2003), a possibilidade da gestão social poder ser analisada de duas maneiras, podendo ser posta como um questionamento, uma problematização da finalidade da gestão, ou uma possibilidade de modelo de gestão. Nesse último caso, a noção de gestão pode se basear na negação de outras categorias próximas, ou na afirmação de suas particularidades:

Trata-se de uma gestão que, por um lado, distingue-se da gestão privada e, por outro, difere da gestão pública. Essa lógica de raciocínio é a mesma que fundamentou a criação do termo “Terceiro Setor”. Ela parte da ideia de que o Estado é o primeiro setor, as empresas representam o segundo setor e, as organizações que não se identificam com nenhum desses segmentos, configuram o chamado Terceiro Setor. Logo, a gestão praticada por estas organizações poderia ser chamada de gestão social, já que seria diferente da gestão das organizações do primeiro (gestão pública) e do segundo setor (gestão privada). (FRANÇA 2003, apud MAGALHÃES, et al, 2006)

Seguindo a linha da definição através da busca de especificidades que permitam diferenciar a gestão social das já existentes e estabelecidas, Moura define um quadro de comparação entre a gestão nos três setores:

**Quadro 1 – Tipologia Ideal dos Modelos de Gestão**

ORGANIZAÇÕES	LÓGICA	RACIONALIDADE	GESTÃO
Mercantis	Econômica utilitária Competição	Instrumental	Empresarial
Estatais	Assistencialista Burocrática	Instrumental	Pública
Sociedade Civil	Reciprocidade Relação de proximidade	Substantiva	Social

Fonte: MAGALHÃES *et al*, 2006

Ainda que apresente valor didático em separar as possibilidades entre os diferentes setores, essa tabela passa uma visão simplificada, representa bem o discurso teórico, mas não necessariamente o mais importante, a prática.

Rocha (2019) compila diversos estudos, caracterizando racionalidade instrumental como um estado de competição permanente, baseado no cálculo, o que proporciona insegurança psicológica e degradação da qualidade de vida. Em contrapartida, a racionalidade substantiva representa a já citada substituição que o Terceiro Setor faz de lucro por desenvolvimento social. Nesse caso temos um estado que busca desenvolver uma dimensão individual, relacionada com a autorrealização, e uma dimensão grupal, relacionada com responsabilidades e interações sociais.

Em seu trabalho também é feito o questionamento em o quanto as organizações do Terceiro Setor possuem tendências instrumentais ou substantivas. Partindo de diversos processos organizacionais propostos, a conclusão é que em se tratando da ação social e reflexões ambientais, e da reflexão sobre a organização, a racionalidade instrumental se faz presente, pelo forte apego em processos e burocracias. Na ação social, há uma necessidade em se adquirir suporte externo para o financiamento das ações propostas. Com isso há um foco em se adequar nos moldes exigidos para a obtenção de simpatia e suporte, geralmente sob métodos objetivos e burocráticos, mais um apontamento para a instrumentalidade observada.

A reflexão organizacional, que define e, quando necessário ou oportuno, aprimora caminhos, objetivos e práticas internas, também detém uma carga instrumental por se aproximar dos modelos com práticas burocráticas, pragmáticas, com uma abordagem objetiva. Essa proximidade com modelos de outros setores não representa necessariamente um problema, uma vez que controle prático e eficiente contribui para uma manutenção saudável e sustentável. O ponto é até onde é possível utilizar essas práticas sem se descaracterizar, sem

deixar de ser uma organização do Terceiro Setor para ser uma extensão do estado ou do setor privado.

Voltando ao trabalho de Magalhães, a partir da análise de duas organizações do Terceiro Setor, a autora estabelece conclusões sobre estudos que buscaram descrever as formas utilizadas para adquirir meios necessários para a realização das atividades propostas, sejam recursos monetários ou relações de cooperação. O resultado foi que é importante observar a maneira com que são captados recursos financeiros para que se tenha um equilíbrio entre as alternativas possíveis, e esta se define como uma de algumas dimensões.

A relação do poder público com organizações sociais em si, delegando a esses serviços que antes eram exercidos apenas pela administração direta, também é criticada, sendo interpretada como uma privatização sob outra roupagem. O principal argumento para essa ideia é o processo de transferência de gestão, quando uma instituição ou unidade, até então pública, passa a ser gerida por um representante do Terceiro Setor. Nesse caso, o patrimônio público é cedido para a um ente particular, seguindo uma possível tendência de, em vez ampliar sua atuação, o setor público estaria se limitando em fomentar o setor privado.

A flexibilização de processos sob a justificativa de maior eficiência, em especial as licitações, também pode abrir margem para fraudes, ou, pelo menos, uma forma de burlar os mecanismos existentes de regulação do serviço público. Lógica também aplicável para a seleção de pessoal, na medida em que não cabe concurso público no contexto do Terceiro Setor por não ser uma entidade pública, mas, em contrapartida, se utiliza de recursos públicos.

A autora também indica uma proximidade entre a modalidade de contrato de gestão e a modalidade concessão administrativa, que por sua vez é criticado por:

O conceito peca pela falta de clareza. É preciso recorrer a outros dispositivos da lei para tentar esclarecer o real objetivo do legislador. Além do próprio conceito, já transcrito, existe um outro dispositivo referindo-se à concessão administrativa, que é o art. 3º, sobre as leis aplicáveis a essa modalidade. Todos os demais artigos (salvo os poucos que se referem à concessão patrocinada) fazem referência às parcerias público-privadas, dando a entender que se aplicam, sem distinção, às duas modalidades. (DI PIETRO, 2019, p. 256)

O ISGH realiza auditorias internas periódicas com o objetivo de “avaliar a segurança, eficiência e eficácia da organização, através da identificação das oportunidades de melhoria dos processos executados, sendo assim uma indispensável ferramenta de apoio aos gestores.” (FREIRE, Camila Peixoto de Lima, *et al*, 2014, p. 5).

As auditorias internas buscam verificar a conformidade com os parâmetros de qualidade estabelecidos. Além disso são realizadas visitas aos fornecedores, e auditorias externas através de empresas independentes credenciados para a realização e emissão de

certificados e selos de qualificação. O Manual de Auditoria Interna compreende essas três categorias como integrantes do processo de auditoria geral.

### **O papel do Terceiro Setor na condução de políticas públicas de saúde**

No desenvolvimento das políticas de saúde foi visto que o Terceiro Setor conserva um histórico próximo da assistência, num papel complementar ao Estado. O que começou como uma iniciativa independente da população, hoje, modernizada, com legislações regulamentadoras, se institui como um campo de relações complexas e profissionais.

Na gestão de saúde o Terceiro Setor se mostra uma alternativa para agregar mais possibilidades ao serviço. De fato, já existem diversas instituições deste tipo contribuindo para a oferta de saúde pública.

Em seu estudo comparado duas unidades de saúde, sendo uma organização social de saúde e outra da administração direta, Barbosa e Elias (2010) indicam algumas vantagens da atuação do Terceiro Setor na gestão da saúde.

A autonomia administrativa e financeira possibilita um uso mais eficiente dos recursos: na questão de aquisição de materiais, a desburocratização manifesta num processo simplificado presente na organização do Terceiro Setor permite a realização de compras menores, com menores intervalos de tempo. Isso impacta em menos gastos em estoques, e planejamentos para períodos menores. No caso da administração direta há uma maior tendência para os impasses entre a administração em si e profissionais de saúde quanto aos critérios de aquisição de materiais.

Quanto à gestão de recursos humanos também há diferenças profundas. Na administração direta os processos são engessados, não apenas na questão de contratação, mas também no desenvolvimento – avaliações de desempenho, progressão de benefícios, promoção –, sanções e desligamentos. Na unidade investigada 80% dos profissionais atuantes eram concursados, possuindo diversas especificidades quanto as formas de avaliação, desligamento, e outras questões. A burocratização também impacta na questão de alcance de novos profissionais pela necessidade de processos longos, com diversas especificidades, além da necessidade de autorização de diversos órgãos e instâncias, e questões orçamentárias.

Já para a organização social, as contratações são realizadas via processos seletivos simplificados, com entrevistas e análise curricular – no caso do ISGH também são realizadas provas de caráter eliminatório e classificatório, mas ainda bem mais simples em comparação a um concurso público. Todos os contratados atuam sob o regime da Consolidação das Leis do

Trabalho, sendo efetivos, ou temporários. No caso da unidade da administração direta, o estudo também chama atenção sobre aproximadamente 20% dos colaboradores estarem sob contratos precarizados, sem direitos trabalhistas em função da necessidade de novas demandas. Não se pode por essa falta como consequência da gestão pública, mas é possível perceber que essa modalidade não garante a qualidade que comumente se associa ao regime. Com o mesmo quadro de funcionários há pelo menos 15 anos, quando foi realizado o estudo, a unidade se torna sensível para mudanças que demandem novo pessoal. Outra vantagem para a organização social, com seu dinamismo possibilitando acompanhar as necessidades do seu contexto com mais celeridade.

A conclusão indica que a autonomia, com as metas e objetivos bem estabelecidos – em função do contrato de gestão – são os pontos de destaque para a eficiência da gestão por parte da organização social de saúde. Com um direcionamento traçado, aliado a formas de avaliação e controle, o processo de melhoria é facilitado.

Um exemplo concreto sobre a potencial contribuição que o Terceiro Setor oferece à saúde pública também se manifesta pelo artigo citado anteriormente de Pavan, Kipnis e Mancini (2016), no Hospital Municipal Central de Osasco, em São Paulo. Nele são explicadas a situação da unidade de saúde antes do contrato de gestão, como foi feita a transição e resultados desta. Enquanto sob tutela exclusiva da administração direta, o hospital deixava bastante a desejar, com uma estrutura precária e problemas no atendimento:

[...] (A) estrutura estava em condições longes do ideal para a prestação de serviços de qualidade para os cidadãos, como mostravam precária condição de higiene do hospital, lixos sem distinção entre resíduo hospitalar e resíduo comum, equipamentos de detecção de incêndios que não funcionavam, licenças de desratização de dedetização vencidas, problemas de encanamento nos banheiros, extintores há muito fora da validade, apenas um elevador em funcionamento, entre outros pontos precários de funcionamento. Todas essas questões, somadas a uma gestão com rotinas e fluxos de trabalho complexos e não efetivos, evidenciaram a dificuldade da administração direta em prestar uma gestão de qualidade, quanto ao atendimento e a oferta de serviços relativos ao Hospital Municipal Central de Osasco. (PAVAN, KIPNIS e MANCINI, 2016, p. 12)

A partir do contrato firmado foram estabelecidos critérios para os pagamentos previstos no contrato em função do alcance de metas. Mais especificamente, 90% do valor estava em metas quantitativas (atendimentos, exames, altas médicas) e os outros 10% com entregas qualitativas (relatórios de informações hospitalares e satisfação dos usuários).

Comparando os dados entre 2012 e 2015 com os entre 2015 e 2016, pré e pós contrato de gestão, respectivamente, observou-se 31% mais cirurgias e 312% mais exames realizados. Também foi possível uma diversificação desses exames e cirurgias em função de mais flexibilização na contratação de serviços por parte da fundação, em comparação com a

administração direta. Através de pesquisa de opinião realizada pela Secretaria de Planejamento e Gestão do Município para com a população foram obtidos resultados compatíveis com a melhoria no período da implementação.

Viol (2018), em seu trabalho de mestrado para a Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas, apresenta um panorama nacional do contexto das Organizações Sociais de Saúde, procurando analisar fatores influenciadores no desempenho de unidades geridas pelas mesmas. As tabelas abaixo indicam a distribuição das organizações estudadas e o regime sob o qual se relacionam com o poder público:

**Tabela 1 – Distribuição das Unidades por Região**

REGIÃO	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Sudeste	12	41%
Norte	10	34%
Nordeste	5	17%
Centro-oeste	1	3%
Sul	1	3%
TOTAL	29	100%

Fonte: Viol (2018, p 45)

**Tabela 2 – Modelos de contratação OSS**

TIPO	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Contrato de Gestão	19	66%
Contrato de Assessoria	4	14%
Contrato privado	3	10%
Contrato de Administração	3	10%
TOTAL	29	100%

Fonte: Viol (2018, p 44)

Comparando as unidades, em questões operacionais (resultados econômicos, financeiros, receitas, custos e despesas indiretas, variação do endividamento, cumprimento de metas contratuais e do plano de trabalho, compras via central, gestão de pessoas e adesão aos requisitos de apoio à gestão) a unidade mais bem avaliada apresentou:

[...] estabilidade no recebimento dos recursos durante todo período analisado, além de ter assegurado o cumprimento orçamentário conforme o teto financeiro estabelecido e honrado com suas obrigações, metas contratuais e compras via central. Também demonstrou bom desempenho frente aos requisitos de apoio à gestão. (VIOL, 2018, P. 53)

O estudo ainda destaca a heterogeneidade das organizações, onde mesmo as mais próximas em relação ao tipo de contrato, tipo de unidade gerida, apresentaram resultados distintos. A estrutura também se apresentou como um fator relevante para a qualidade dos serviços oferecidos.

### 2.3 O Contrato de Gestão como Instrumento de Parceria

A relação entre a Administração Pública e o Terceiro setor é regida por um termo que formaliza cooperação entre as duas instâncias. O contrato de gestão é um instrumento de compromisso administrativo interno ao Estado, firmado entre o poder executivo e a diretoria de instituições de direito público e empresas estatais (ANDRE, 1999) e sua instrumentalização está diretamente relacionada com a reforma gerencial na administração pública, tendo como objetivo os conceitos de eficiência, efetividade e eficácia. Importante notar que os contratos de gestão podem ser endógenos ou exógenos, onde no primeiro caso o ente contratante e o contratado são instituições estatais, e no segundo o ente contratante é uma instituição estatal que se relaciona com entes prestadores externos, como privadas (DITTERICH, MOYSES, e MOYSES, 2012, p. 618).

A Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014 define o regime das parcerias entre as instituições do Terceiro Setor e a administração pública apontando, entre outros pontos, os objetivos e requisitos necessários. Na definição do tipo de instituições elegíveis é apresentado:

[...] entidade privada sem fins lucrativos que não distribua entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados, doadores ou terceiros eventuais resultados, sobras, excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, isenções de qualquer natureza, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplique integralmente na consecução do respectivo objeto social, de forma imediata ou por meio da constituição de fundo patrimonial ou fundo de reserva (BRASIL, 2014).

Sobre os objetivos do termo de colaboração presentes na lei, no artigo 5º, entre os principais itens identificados, destacam-se a participação social como direito do cidadão, o desenvolvimento sustentável, a promoção dos direitos humanos, solidariedade e respeito à diversidade para inclusão social e preservação do patrimônio cultural brasileiro.

Além disso, são previstas ações de fomento para o desenvolvimento do Terceiro Setor e seu relacionamento com o poder público, Programas de capacitação de gestores, representantes e membros de conselhos e comissões voltados para o desenvolvimento da parceria entre o setor público e o Terceiro Setor. Um exemplo de ação deste tipo foi o Seminário Compartilhando Saberes com o Terceiro Setor, em 04 de julho de 2017. Através do Gabinete da Primeira-Dama e da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS), em parceria com o Instituto Tecnológico e Vocacional Avançado, o evento proporcionou apresentações temáticas sobre captação de recursos, regulamentação de entidades, processos jurídicos, imunidades/isenções para Terceiro Setor e fundamentos de contabilidade.

Sobre a celebração do termo, as organizações deverão cumprir alguns requisitos. Em seu regimento interno é preciso ter, expressamente: objetivos voltados à promoção de

atividades e finalidades de relevância pública e social; em caso de dissolução, o patrimônio deverá ser repassado para outra instituição de mesma natureza, preferencialmente do mesmo campo de atuação; escrituração conforme as normas brasileiras de contabilidade; experiência e condições técnicas, materiais e estruturais, condizentes com o projeto previsto.

Conforme a Lei n. 3.019, o poder público ficará responsável em realizar a seguinte sequência:

I – realização de chamamento público; II – indicação da existência de prévia dotação orçamentária para execução da parceria; III – demonstração de que os objetivos e finalidades institucionais e a capacidade técnica e operacional da organização da sociedade civil foram avaliados e são compatíveis com o objeto; IV – aprovação do plano de trabalho; V – emissão de parecer de órgão técnico da administração pública. (BRASIL, 2014).

O plano de trabalho citado se refere ao documento em que constam os direcionamentos que o projeto seguirá ao longo de sua execução. Nele deverá conter contextualização do projeto quanto sua relação com o meio em que será executado e as metas estabelecidas, descrição dos projetos, metas e objetivos receitas e despesas, forma de execução das atividades e cumprimento das metas, e mecanismos de controle sobre o cumprimento das metas.

No âmbito estadual, a Lei 12.781, de 30 de dezembro de 1997, dispõe as definições do Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais onde o poder público, mediante decreto, poderá qualificar em Organizações Sociais pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos com o objetivo de descentralizar atividades e serviços públicos não exclusivos, com a observação da necessidade das seguintes diretrizes:

- I – adoção de critérios que assegurem a otimização do padrão de qualidade na execução dos serviços e no atendimento ao cidadão;
- II – promoção de meios que favoreçam efetiva redução de formalidades burocráticas para o acesso aos serviços;
- III – adoção de mecanismos que possibilitem a integração, entre os setores públicos do Estado, a sociedade e o setor privado;
- IV – manutenção de sistema de programação e acompanhamento de suas atividades que permitam a avaliação da eficácia quanto aos resultados;
- V – promoção da melhoria da eficiência e qualidade dos serviços e atividades de interesse público, do ponto de vista econômico, operacional e administrativo;
- VI – redução de custos, racionalização de despesas com bens e serviços coletivos e transparência na sua alocação e utilização.

O acordo entre as partes, para a execução das atividades públicas não exclusivas, se manifesta pelo contrato de gestão. Nele são previstos prazos, metas, critérios de remuneração de dirigentes, além das obrigações e responsabilidades. Antes da publicação – importante para a transparência, presente nas diretrizes – o termo, conforme a legislação, deverá ser apreciado pela Secretaria de Planejamento e Gestão do Ceará.

Com isso, uma instituição pode desenvolver seus trabalhos em contribuir com o desenvolvimento de alguma área de interesse público, como é o caso do ISGH, que atualmente detém sob sua gestão cinco hospitais, nove UPAs (seis do Governo do Estado do Ceará e três da Prefeitura Municipal de Fortaleza) além das UAPS e CAPS do município de Fortaleza, conforme informado nos meios de comunicação oficiais do instituto.

Especificamente no campo da saúde Ditterich (2012) aponta como finalidades práticas de um contrato de gestão:

[...] estimular a descentralização da gestão; dar mais responsabilidade aos gestores e equipes locais; controlar os desempenhos quantitativo e qualitativo dos prestadores; ajudar no planejamento local, estimular a utilização de ferramentas e tecnologias de informação; melhorar a gestão da clínica, gestão da patologia e a gestão do caso; focalizar as necessidades em saúde da população do território sob sua responsabilidade (no caso da atenção primária); buscar o envolvimento e compromisso de toda a equipe na busca de resultados, estimular a cultura de negociação; proporcionar mais transparência junto ao controle social. (DITTERICH, MOYSES, e MOYSES, 2012)

Os estudos dos autores sobre a gestão hospitalar em São Paulo via contrato de gestão também apontam que o êxito obtido veio em grande parte por conta de flexibilidade administrativa, gerando mais qualidade na gestão; melhoria no planejamento e execução nas avaliações das metas; e a criação de um núcleo na própria Secretaria de Saúde do Estado para regulação, monitoramento e avaliação de contratos. Luedy, Mendes e Ribeiro (2012) também apontam para vantagens da utilização de contrato de gestão em unidades hospitalares. Dentro do contexto de um Hospital Universitário, que além das particularidades e complexidades da assistência à saúde, apresenta caráter educacional, verificou-se mudanças significativas não apenas nos indicadores, como também na própria estrutura de gestão.

Importante notar que as críticas ao Terceiro Setor podem se estender ao acordo entre este e o Estado. Di Pietro (2019) aponta o contrato de gestão como o instrumento que oficializa a permissão de discricionariedade exagerada a um ente que deveria atuar dentro das regras as quais o estado é submetido, justamente pela utilização de recursos estatais. Em sua obra *Direito Administrativo* (2020) a autora mantém a crítica ao terceiro setor, apontando o contrato de gestão de ter como objetivo “privatizar a forma de gestão de serviço público delegado pelo Estado” (DI PIETRO, 2020). Ela também consideram o contrato gestão como

uma restrição à organização social, que em contrapartida aos recursos recebidos precisa se sujeitar a diversos requisitos, além das avaliações.

Neste trabalho a unidade observada é o Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara, que apresenta contrato de gestão com o Governo do Estado do Ceará através da Secretaria Estadual de Saúde. O desempenho do Hospital é avaliado sob a perspectiva do contrato de gestão firmado entre a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e O Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. O desenvolvimento do trabalho se dará em verificar possíveis alterações no desempenho dos indicadores em função da pandemia de COVID – 19.

### **3 SUPORTE METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipologia da Pesquisa e Categorias de Análise**

Segundo os objetivos, a pesquisa busca compreender em que medida a pandemia impactou para o alcance das metas presentes no contrato de gestão. O contexto estudado também é relevante na medida em que a pandemia global de COVID-19 ainda é recente, e estudos futuros buscarão registros variados desse momento.

Além desse caráter exploratório e descritivo, a busca dos dados documentais sobre o desempenho do Hospital Waldemar de Alcântara durante o período da pandemia exprime caráter qualitativo. Conforme a antropóloga Mirian Goldemberg (2004, p. 50) “os métodos qualitativos enfatizam as particularidades de um fenômeno em termos de seu significado para o grupo pesquisado”.

A pesquisa documental consiste na contemplação de materiais que não foram utilizados para nenhum trabalho de análise, ou que podem ser reexaminados, buscando-se outras interpretações ou informações complementares, chamados de documentos (GUBA & LINCOLN, 1981). Essa perspectiva garante uma significação dos dados enquanto sua confrontação com o contexto da pandemia representa um estudo atual e relevante.

Visando compreender como a pandemia impactou no alcance das metas do contrato de gestão e as possíveis dificuldades enfrentadas em função da pandemia, foi preciso analisar os dados dos relatórios de fiscalização, acompanhamento e avaliação do contrato de gestão considerando a calamidade do período. Considerando a qualificação feita por Minayo (apud LEITE, 2020):

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (LEITE, 2020)

O ambiente da pesquisa se define nos documentos divulgados no próprio sítio institucional do ISGH no campo de transparência. Todo o contexto envolve o contrato de gestão e a forma de verificar a conformidade das atividades desenvolvidas na unidade hospitalar. O quadro abaixo apresenta os indicadores apresentados no Relatório de Fiscalização, Acompanhamento e Avaliação. Os indicadores serão analisados segundo seu desempenho nos anos de 2019 e 2020.

**Quadro 2 – Indicadores Relatório de Fiscalização, Acompanhamento e Avaliação**

INDICADOR	DEFINIÇÃO
Saídas por unidade assistencial	Saídas da unidade de internação por alta, evasão, desistência, transferência externa e óbito
Média trimestral de Permanência	Tempo de permanência de pacientes internados no hospital, em dias
Procedimentos Cirúrgicos	Procedimentos cirúrgicos realizados no hospital
Taxa de Infecção Cirúrgica	Cirurgias limpas (sem infecções ou inflamações)
Consultas Ambulatoriais	Consultas ambulatoriais realizados no hospital
Pacientes em Atendimento Domiciliar	Pacientes em acompanhamento domiciliar
Realização de Auditorias Internas	Auditorias realizadas no hospital
Densidade de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde	Infecções associadas ao uso de dispositivos hospitalares
Taxa Satisfação Usuários	Taxa de satisfação de “clientes”, pacientes e acompanhantes
Taxa de Reinternação Não Eletiva	Retorno de pacientes em acompanhamento no sistema de acompanhamentos domiciliar ao hospital
Percentual de Vagas Para Residência Médica	Vagas disponibilizadas para residência médica

Fonte: Relatório de Fiscalização Acompanhamento e Avaliação HGWA, 2019

### **3.2 Características da Amostra**

A pesquisa investiga os relatórios trimestrais de avaliação do contrato de gestão durante o período da pandemia de COVID – 19, mais especificamente no período de isolamento social rígido, com restrições mais severas, a partir dos dados coletados na consulta documental ao contrato de gestão entre o ISGH e o Governo do Estado do Ceará, e relatórios de desempenho periódicos.

O instituto possui sob sua gestão os Hospitais Dr. Waldemar de Alcântara, Hospital Estadual Leonardo Da Vinci, Hospital Regional do Sertão Central, Hospital Regional do Cariri e Hospital Regional do Norte, Hospital Regional Vale do Jaguaribe, além da Casa de Cuidados do Ceará, destinada a prestar assistência aos recuperandos de COVID – 19, Unidades de Pronto Atendimento e Unidades de Atenção Primária.

A amostra escolhida para este estudo relaciona-se com as informações dos relatórios de avaliação do Hospital Geral Waldemar de Alcântara (HGWA), no período compreendido entre os anos de 2019 e 2020. O HGWA é um hospital de média e alta complexidade situado na Rua Dr. Pergentino Maia, Nº 1559, bairro Messejana, em Fortaleza – CE gerido pelo ISGH. Prestando os serviços de clínica médica, clínica pediátrica, unidade de terapia intensiva, centro de terapia intensiva pediátrica, unidade de cuidados especiais, unidade de cuidados especiais pediátrica, bloco cirúrgico, e ambulatório, além de serviços assistenciais (fisioterapia, transfusões, nutrição, serviço social entre outros) e serviços de apoio à gestão. Atuou diretamente no tratamento de pessoas acometidas com COVID – 19. Além disso contribuiu para a escolha desta unidade como foco do estudo sua proximidade e complexidade. Dentre os Hospitais geridos pelo ISGH em Fortaleza se tem o HGWA e o Hospital Estadual Leonardo da Vinci, que iniciou suas atividade em 2020.

### **3.3 Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados**

Os dados utilizados foram coletados no site institucional do ISGH, na seção de transparência, mais especificamente os presentes nos relatórios de avaliação do contrato de gestão, especificamente os da unidade HGWA, do período compreendido entre os anos de 2019 e 2020. O sítio da instituição apresenta os relatórios de forma organizada e apresenta os relatórios em ordem cronológica, o que facilitou a obtenção dos indicadores desejados. Os dados serão analisados de forma documental observando os indicadores previsto no contrato

de gestão e nos relatórios de avaliação. Os dados documentais serão analisados a partir da luz da teoria sobre políticas públicas de saúde, terceiro setor e contratos de gestão.

Com o contexto da pandemia, os dados escolhidos para compor a pesquisa são os de 2019 e 2020, cobrindo o período imediatamente antes, durante, e logo após o isolamento social rígido. Tendo isso em mente, os resultados foram comparados cronologicamente entre si visando verificar tendências e alterações significativas.

Para a análise do desempenho dos indicadores nos relatórios foi preferível utilizar os indicadores diretamente em detrimento das porcentagens de atingimento das metas, para a maioria dos indicadores, por conta de variações entre os contratos, por exemplo, a meta mensal de saídas por unidades assistenciais em 2019 foi 701, enquanto em 2020 foi de 730. Ou realização de procedimentos cirúrgicos, que a meta foi de 334 em 2019 e 340 em 2020. Também foram necessárias conversões por alguns indicadores estarem apresentados na quantidade total do trimestre e média do período, enquanto outros apenas a média, em diferentes RFAA. A conversão foi feita multiplicando a média por três. Considerando que a média é calculada como  $M = \frac{m1+m2+m3}{3}$ , onde  $m$  corresponde aos meses do trimestre, fazendo o processo inverso se chega no valor total do indicador durando o trimestre. A visualização dos dados em sua quantidade total por trimestre evita as diferenças em razão da variação entre as metas, além de permitir observar o desempenho do indicador durante o período de forma mais direta.

## 4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 A Condução das Políticas de Saúde no Contexto da Pandemia de COVID – 19

Em 2020 o vírus COVID-19 foi um desafio global, principalmente para as políticas de saúde.

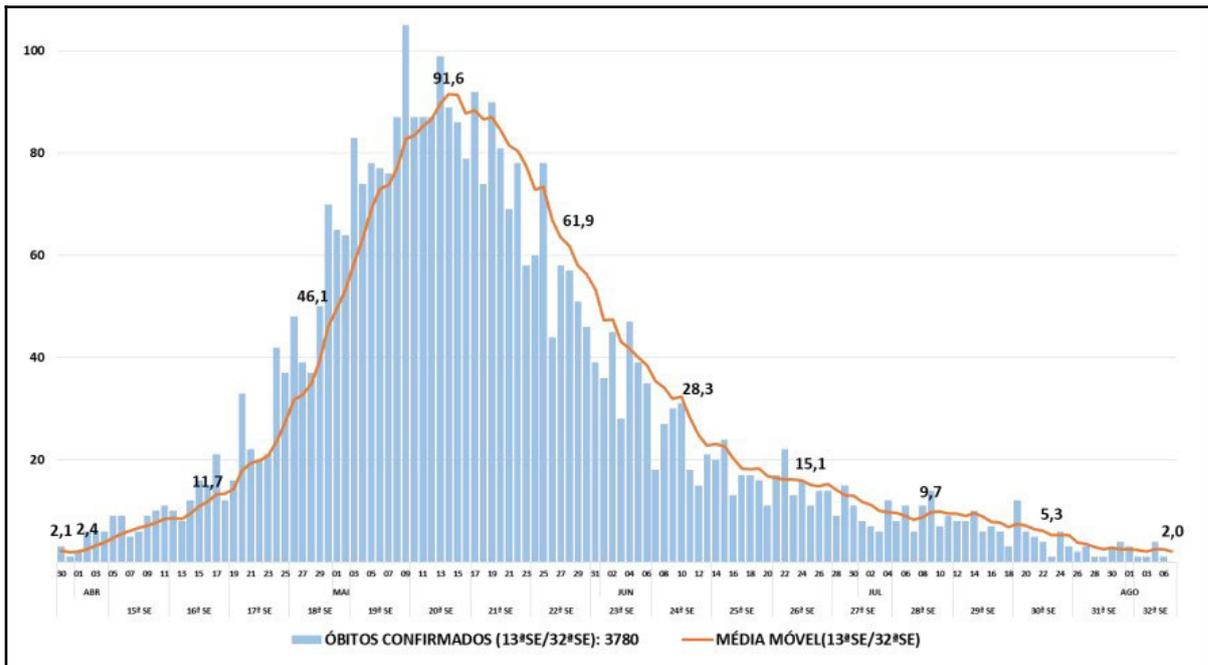
A COVID-19 foi declarada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde em 12 de março de 2020 (WHO, 2020a), afetando a ao menos 186 países e resultando até o momento em mais de 2 milhões de casos confirmados e quase 144 mil mortes. A nova variedade de corona vírus se expande rapidamente, possui uma taxa de letalidade consideravelmente maior do que a da gripe comum (WHO, 2020b), além de levar os casos mais graves a necessitar de cuidados especiais em unidades de tratamento intensivas (UTI). Por esse motivo, os governos nacionais estabeleceram diversas medidas para tentar conter a escalada de novos casos e uma das principais delas e adotada na maioria dos países com casos confirmados é a medida não farmacológica do isolamento social, implementado com graus diversos de rigidez. (KOMATSU, MENESES, 2020, p.3)

Logo durante a confirmação dos primeiros casos foi constatado que se tratava do mesmo subgênero da síndrome da insuficiência respiratória aguda grave (SARS), que causou epidemia na China em 2003, popularmente conhecida como gripe do frango, e da mais recente síndrome respiratória do Médio Oriente (MERS), que causou o mesmo quadro no Oriente Médio em 2012.

O quadro clínico da COVID-19 é semelhante ao de outras viroses respiratórias, tendo como sintomas febre, tosse seca, cansaço e, em casos mais graves (5%), dispneia, sangramento pulmonar, linfopenia grave e insuficiência renal. Em 80% dos casos, os sintomas são leves. O diagnóstico dos casos sintomáticos deve ser confirmado com a pesquisa do vírus por reação em cadeia da polimerase (PCR) de swab nasal (STRABELLI; UIP, 2020)

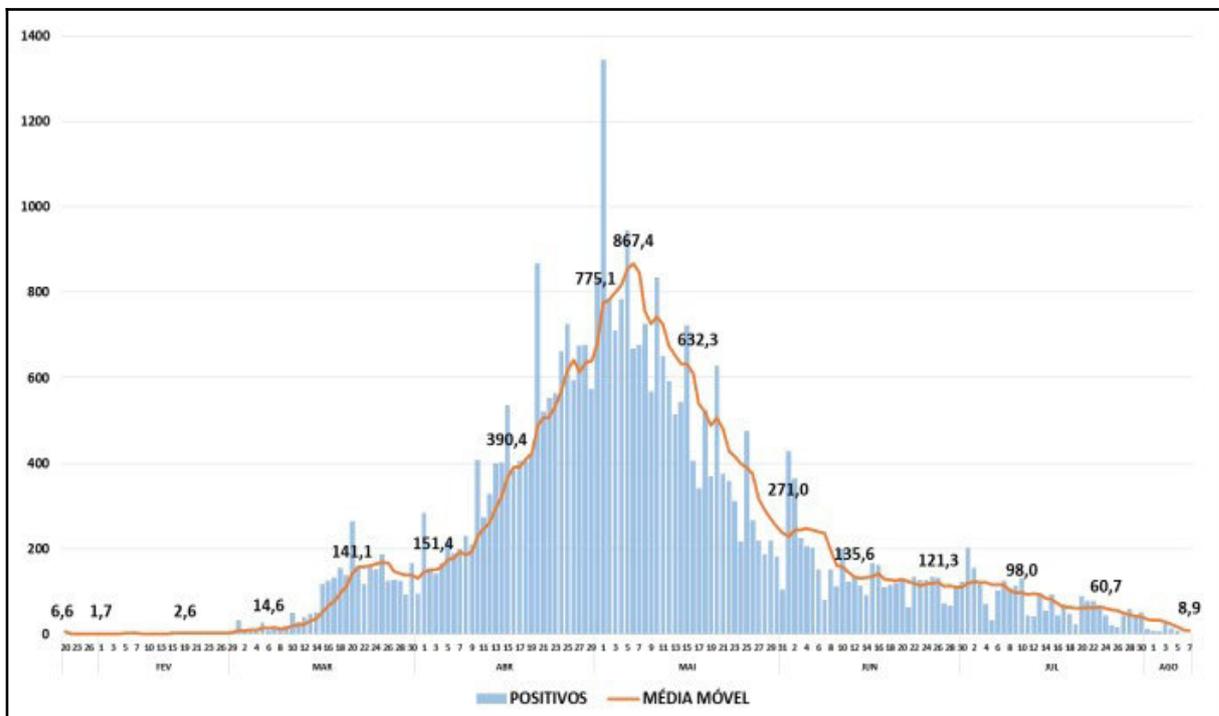
Neste trabalho o período de referência para o momento da pandemia está compreendido entre o final de março, onde, como apresentado nos decretos, se iniciou oficialmente o estado de emergência, e o início da reabertura econômica e social, marcado pelo fim do *lockdown* que aconteceu durante 24 dias, entre maio e junho de 2020. Esse foi o período mais intenso, onde o número de casos e óbitos cresceram rapidamente. As figuras abaixo ilustram esse cenário crítico.

**Figura 1 – Evolução dos casos de COVID entre fevereiro e agosto 2020**



Fonte: Integra SUS – Indicadores/SESA – COVID-19 – Atualizado 07 de agosto de 2020, às 09:00h.

**Figura 2 – Evolução dos óbitos decorrentes de COVID entre abril e agosto 2020**



Fonte: SMS Fortaleza – COVID-19 – Atualizado 07 de agosto de 2020, às 11:00h.

Em ambos os indicadores, a redução considerável do número de infectados e óbitos indica o quanto a resposta na forma das medidas de combate à doença foram relevantes. Através dos principais decretos do governo do estado, com medidas para a contenção da

disseminação e combate ao vírus, é possível observar o desenvolvimento da doença e seu impacto no cotidiano da população. Tradicionalmente anunciados pelo governador Camilo Santana em *lives* nas redes sociais, os mais relevantes em função das atualizações que traziam, mostrando a instauração e o desenvolvimento do período de isolamento social rígido foram:

### Quadro 3 – Principais Decretos do período de isolamento social

DECRETO	IMPLICAÇÃO
DECRETO Nº33.510, de 16 de março de 2020	Inicia oficialmente o período de pandemia; Declarado estado de emergência em todo o Estado; Isolamento social com restrição da circulação de pessoas
DECRETO Nº33.519, de 19 de março de 2020	Manutenção do isolamento, com as restrições mais definidas: Dez dias de suspensão do funcionamento de bares, restaurantes, lanchonetes; instituições religiosas; equipamentos culturais, públicos e privados; academias; estabelecimentos que pratiquem o comércio ou prestem serviços de natureza privada
DECRETO Nº33.536, de 05 de abril de 2020.	Estende o decreto anterior até 20 de abril, reforçando as recomendações de higienização para os serviços que venham ser prestados considerados essenciais (farmácias, supermercados e unidades de saúde: vedação a qualquer tipo de venda para consumo local; disponibilização de álcool 70% e de pias com água e sabão que permitam a higienização das mãos; utilização obrigatória de luvas descartáveis e de máscaras de proteção industriais ou caseiras
DECRETO Nº33.608, de 30 de maio de 2020	Continuam as medidas de isolamento ressaltando que a circulação deve ser limitada à extrema necessidade; também houve a previsão da liberação, a partir de 1º de Junho, com ênfase na condição de seguir os protocolos de segurança sanitária, de: indústrias química, de artigos de couro e calçados, metalmecânica, saneamento e reciclagem, energia, têxteis e roupas, comunicação, publicidade e editoração, agropecuária, da tecnologia da informação; logística e transporte, e automotiva
DECRETO Nº 33.617, de 06 de junho de 2020	Passa a ser liberado: indústrias de materiais esportivos, instrumentos e brinquedos; e comércios de artigos de couro e calçado, da cadeia metalmecânica, da cadeia têxtil, de livros e revistas, da cadeia agropecuária, moveleiro, da cadeia de tecnologia da informação, comércio automotivo e serviços
DECRETO Nº 33.751, de 26 de setembro de 2020	Passa a ser liberado aulas nas escolas de vigilância, desde que não possam ser realizadas remotamente, observados os protocolos; transporte aquaviário, desde que sem serviço de bar e respeitados todas as medidas de biossegurança; apresentações de circo; eventos automobilísticos, no autódromo internacional Virgílio Távora, sem público, no horário de 8h; atividades dos parques infantis, desde que limitada a capacidade de atendimento a 35%

Fonte: Diário Oficial do Estado Ceará, 16 de março – 26 de setembro 2020

Os decretos seguiram uma dinâmica de definição de medidas em curto prazo, mas sendo constantemente atualizados. Comumente antes do último final de semana do decreto vigente se divulgava o novo, com vigência a partir do início da semana, reforçando as

medidas vigentes e indicando novas restrições. Foi assim de 16 março até o final de maio. O decreto de 30 de maio indicou o início de retomada de atividades para alguns setores, principalmente da indústria, destacando a condição de seguir os protocolos de segurança.

Durante o período de isolamento social rígido, que além das citadas limitações de atividades econômicas também restringiu a circulação de pessoas, dentre as diversas questões que essa medida implicou, o trabalho foi um aspecto bastante discutido, onde se questionava sobre como os setores da economia se manteriam tendo que passar por um período que de início não tinha sequer período determinado.

Além dos empregados, os trabalhadores autônomos se preocuparam talvez até mais, por depender de sua produção diária. Em matéria publicada no Jornal O Povo, apenas para restaurantes, segundo Associação Brasileira de Bares e Restaurantes no Ceará (Abrasel-CE), a projeção foi que mesmo após a previsão de retomada econômica, aproximadamente 1,8 mil estabelecimentos acabassem falindo.

Com o advento de vacinas, já no início do ano de 2021, aliado a uma diminuição de casos e popularização das medidas de combate, o cenário ainda se mostrou preocupante, mas a preocupação em evitar superlotação dos leitos hospitalares foi reduzida consideravelmente.

#### **4.2 A Atuação do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar**

O Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar apresenta quase duas décadas de existência gerindo unidades de saúde no estado do Ceará, aprimorando suas atividades de gestão, sob o lema de “Transformar a Saúde para o bem-estar Social”. Sua fundação se deu em meio a uma demanda por serviços de saúde, num meio de pouca eficiência. Como tentativa de contornar a situação no início dos anos 2000, foi iniciada a construção de uma nova unidade de saúde, o Hospital Waldemar de Alcântara, que serviria para pôr em prática a experiência de gestão por uma organização social, onde se buscou, conforme verificado por uma pesquisa para o II congresso de Gestão Pública:

Dotar o agente executor de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para agilizar e flexibilizar o gerenciamento da unidade; Melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos; Utilizar os recursos de forma mais racional, visando à redução de custos e priorizar a avaliação por resultados. (MARTINS *et al*, 2009)

No mesmo estudo foi apresentado com destaque para melhorias gerenciais, gestão moderna e incorporação de novas tecnologias. Além disso, sua dinâmica assistencial se baseou em foco no cliente, foco no profissional e foco no sistema de saúde, respectivamente,

proporcionando mais qualidade para os pacientes, para os trabalhadores, e consciente da responsabilidade enquanto parte de um sistema maior (MARTINS *et al*, 2009).

Na época foram feitas diversas discussões e críticas, muito pelo entendimento de que se estaria ferindo bases do SUS, principalmente quanto a uma possível abertura para a privatização, sendo a organização um ente de direito não público. Em outubro de 2002 o ISGH foi oficialmente qualificado como Organização Social de Saúde e antes da virada de ano já tinham sido iniciadas as atividades do hospital, De lá até o momento se tornando exemplo de inovação e qualidade em gestão, contribuindo para o desenvolvimento da saúde local, além de ter se expandido por diversas outras unidades.

Conforme foi explanado na seção de políticas públicas de saúde, o instituto pode ser enquadrado na participação complementar citada para a iniciativa privada. Especificamente para o Terceiro Setor, a Lei 8080 de 1990 define como atribuição compartilhada entre as instâncias federal, estadual e municipal “XVII – promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;”.

Atualmente o instituto detém contratos de gestão para o desenvolvimento de trabalho nos Hospitais Dr. Waldemar de Alcântara, Hospital Estadual Leonardo Da Vinci, Hospital Regional do Sertão Central, Hospital Regional do Cariri e Hospital Regional do Norte, Hospital Regional Vale do Jaguaribe, além da Casa de Cuidados do Ceará, destinada a prestar assistência aos recuperandos de COVID – 19, Unidades de Pronto Atendimento e Unidades de Atenção Primária.

**Figura 3 – Unidades de negócio**



Fonte: Relatório de Gestão 2019 – Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar

As críticas citadas anteriormente ao Terceiro Setor naturalmente se apresentam ao ISGH, mas, em grande parte, direcionadas ao tipo de organização e seu relacionamento com o poder público, e menos sobre a instituição em si. Especificamente para a organização, o

estudo de Sousa (*et al*, 2017) sobre as unidades de atenção primária cita que a transferência de parte da administração para o ISGH representa uma conformidade com a dinâmica neoliberal, promovendo instabilidade dos vínculos empregatícios, desvalorização da força de trabalho e enfraquecimento da luta dos trabalhadores. Além disso, são realizadas diversas críticas às mudanças trazidas pela nova gestão.

Por exemplo, na dinâmica de recepção de usuários, foi adicionada uma etapa de classificação de risco, sem aumento de pessoal, aumentando a demanda dos profissionais das unidades.

O atendimento da demanda espontânea na APS é uma necessidade dos usuários que vem sendo suprida. Contudo, fica o questionamento sobre a efetividade da ação, quando se busca desenvolver a autonomia do usuário e o autocuidado sem ações de educação em saúde (SOUSA *et al*, 2017)

Esse trecho indica a desvalorização dos grupos de educação em saúde, onde o atendimento direto é “tão otimizado” que o valor do combate e tratamento não permite a devida atenção para a prevenção e conscientização. De fato, a orientação voltada para uma visão de mercado acaba trazendo alguns ônus, justificados (ou não) pelos indicativos positivos, como nos exemplos da seção anterior e nessa situação, onde o motivo de o indivíduo perder o interesse nos grupos de educação é justamente a facilidade nas consultas. São válidas as críticas sobre essas consequências, e também o quanto essa eficiência se reflete em qualidade. Mais consultas não são, necessariamente, mais boas consultas.

É importante citar o esforço da instituição em promover ações quanto ao trabalho em saúde, não apenas na gestão. Através da Escola de Saúde e Gestão, o ISGH oferta cursos para profissionais de saúde, gestores em saúde e para a sociedade em geral, inclusive com alguns conteúdos gratuitos.

O Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), [...], amplia sua ação através da ESG para fortalecer a dimensão do aprendizado na saúde e na gestão, fomentar o desenvolvimento de pessoas e organizações, além de propiciar jornadas para uma experiência de aprendizagem significativa, voltada para resultados. (ISGH)

Como informado acima o HGWA surgiu em 2002 como resposta à superlotação dos serviços de assistência hospitalar de nível terciário em Fortaleza e voto de confiança na capacidade de gestão do Terceiro Setor. Apresentando como missão “Prestar serviços de saúde com qualidade, em nível secundário, aos usuários do SUS referenciados pelas Centrais de Leitos do Estado do Ceará e do Município de Fortaleza.”, e visão “Consolidar, no Ceará, um modelo de gestão hospitalar inovador e pioneiro, tornando-se um referencial de excelência na prestação de serviços de saúde no Brasil.” (sítio institucional HGWA, 2008), o hospital foi nomeado em homenagem a José Waldemar de Alcântara e Silva, médico e política cearense

que contribuiu na construção de hospitais regionais e avanços no desenvolvimento da medicina no local e nacionalmente.

Durante o contexto da pandemia de COVID-19 as atividades desenvolvidas necessitaram ser adaptadas para atender a urgência. Somou-se ao aumento da demanda nos serviços de saúde com atendimentos, internações, fornecimento de remédios e materiais, os cuidados exigidos para o combate à disseminação do vírus, e, por sua vez, dificuldades geradas pelas citadas medidas de contenção, com restrições de circulação e serviços indiretos.

Considerando o cenário, a seção seguinte visa analisar como ocorreu o desenvolvimento das atividades do ISGH no Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara durante os anos de 2019 e 2020, comparando o desempenho da instituição em um contexto pandêmico a partir dos relatórios de avaliação dos contratos de gestão.

### **4.3 Hospital Dr. Waldemar de Alcântara e Metas do Contrato de Gestão**

Considerando o objetivo de operacionalização da gestão e execução, das atividades e serviços a serem desenvolvidos no hospital de acordo com padrões de qualidade e eficácia preestabelecidos, o contrato de gestão apresenta exigências e garantias para que o serviço de saúde seja desenvolvido de forma responsável e efetivo. Entre as obrigações do Instituto temos:

7. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Unidade Hospitalar [...] através de técnicas adequadas que permitam desenvolvimento da unidade;
10. Responsabilizar-se pela contratação de serviços terceiros necessários à manutenção das atividades na unidade [...] (ISGH, 2019, p. 4)

Dentre outras temos a exigência de relatórios de atividades trimestrais e relatórios de gestão referentes a cada exercício de gestão. Os relatórios apresentam o desempenho da unidade em função das metas estabelecidas no contrato e são elaborados a partir da submissão dos indicadores a uma banca, que analisa emite o relatório com observações e sugestões.

A pesquisa de Vignochi, Gonçalo e Lezena (2014) sobre como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho no contexto da gestão estratégica realizada com informações de nove hospitais das regiões sul, sudeste e centro-oeste do país demonstrou que “o uso de indicadores na organização hospitalar pública privilegia o desenvolvimento do conhecimento, com ênfase na gestão da qualidade como fator estratégico” (VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014, p. 507). Além disso, foi constatado que diferentes arranjos

organizacionais tendem a priorizar diferentes indicadores. O controle do próprio desempenho permite ajustes mais precisos, e considerando o contexto de administração por resultados, são esses ajustes que possibilitam corrigir desvios e manter a instituição direcionada ao alcance dos objetivos estabelecidos. Neste caso, os presentes no contrato de gestão.

Outra possibilidade relevante é o *feedback* proporcionado as equipes atuantes. Também pode ser entendido como uma forma de controle, mas na respectiva pessoal. O colaborador envolvido fica ciente de sua importância na instituição e a necessidade de ajustes em sua esfera de atuação:

A análise das séries históricas dos dados hospitalares possibilita a correção de possíveis desvios do alcance dos objetivos do Hospital [...]. A compilação destes dados em forma de relatórios pode promover para a equipe o “*feed back*” necessários à avaliação do seu trabalho. (ROTTA, 2004)

O contrato de gestão apresenta forte relação com indicadores de desempenho, lhes dando uma importância mais expressiva. Alia-se aos benefícios de controle o incentivo dos repasses do contrato. O acordo define que os valores são entregues mensalmente, em função do alcance das metas.

#### **Quadro 4 – Metas e Pagamentos Contrato de Gestão 2019**

PARÂMETROS	VALOR REPASSADO
Acima de 100%	100% da parcela mensal
Entre 100% e 85%	100% da parcela mensal
Entre 70% e 84,99%	95% da parcela mensal
Abaixo de 70%	85% da parcela mensal

Fonte: Contrato de Gestão HGWA, 2019

#### **Quadro 5 – Metas e Pagamentos Contrato de Gestão 2020**

PARÂMETROS	VALOR REPASSADO
Entre 10 e 8,5 pontos	100% da parcela mensal
Entre 8,4 e 6 pontos	100% da parcela mensal
Abaixo de 6 pontos	95% da parcela mensal

Fonte: Contrato de Gestão HGWA, 2020

Em 2019 os parâmetros foram definidos do resultado global do alcance das metas. Para 2020 a porcentagem de alcance das metas foi atribuído uma nota entre 0 e 10. A proporção entre o somatório dos pontos dos indicadores de resultado e o somatório dos pesos definidos em cada indicador definiu a média de resultado global. Importante considerar que a

medição sobre os resultados globais permite que um indicador que tenha tido um resultado ruim possa ser compensado por outro que tenha superado a meta, equilibrando o resultado geral. Os relatórios trimestrais representam uma avaliação periódica realizada por uma banca, que emite recomendações e questionamentos sobre os resultados apresentados.

Outra variação observada entre os RFAA foi a forma de atribuição de notas. Enquanto em 2020 elas iam de 0 até 10 em relação a porcentagem das metas atingidas, enquanto em 2019 foi utilizada a metodologia de atribuição de conceitos, de D – insuficiente, até A – muito bom, em relação porcentagem das metas atingidas.

A partir da análise do contrato de gestão de 2019 firmado para o Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara, observou-se a seguinte capacidade operacional:

#### **Quadro 6 – Capacidade Operacional Hospital Dr. Waldemar de Alcântara – 2019**

INTERNAÇÃO HOSPITALAR – Enfermarias	
Clínica Médica	120 leitos
UCE Adulto	66 leitos
Clínica Pediátrica	54 leitos
UCE Pediátrica	08 leitos
INTERNAÇÃO HOSPITALAR – Unidades de Tratamento Intensivo	
UTI Adulto	21 leitos
UTI Pediátrica	08 leitos
UTI Neonatal	08 leitos
Unidade Médio Risco	16 leitos
BLOCO CIRÚRGICO	
Clínica Cirúrgica	22 leitos
Centro Cirúrgico	03 salas
Recuperação pós-anestésica	07 leitos
Central de materiais de esterilização	

Fonte: Contrato de Gestão N° 1/2019 Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. 2019

Importante considerar que em razão da pandemia, para atender a demanda emergencial foram publicados alguns aditivos de contrato para impor as mudanças necessárias. Em especial o segundo termo aditivo ao contrato de gestão do exercício de 2020 alterou a capacidade operacional da unidade hospitalar, conforme tabela abaixo:

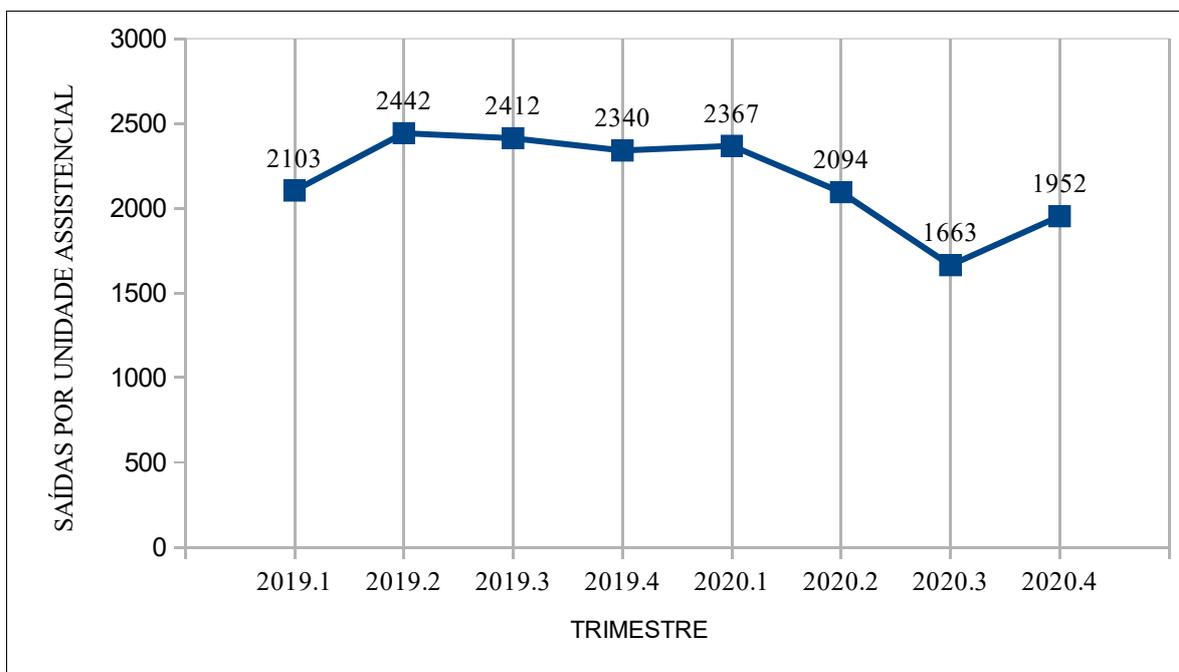
**Tabela 3 – Alterações na capacidade operacional Contrato de Gestão Aditivo 02/2020**

UNIDADE MÉDICA	CONTRATO 01/2020	ADITIVO 02/2020
Clínica Cirúrgica	22	08
Clínica COVID	-	66
Clínica Médica	120	95
Unidade Cuidados Intensivos COVID	-	35
Clínica Pediátrica	54	25
UCE Adulto	66	21
Unidade Intermediária Neonatal Convencional	-	16
UTI Adulto COVID	-	09
UTI Adulto	21	07

Fonte: Contrato de Gestão 01/2020 e Aditivo 02/2020 HGWA

As adaptações remanejaram leitos para atender os casos de COVID. A tabela deixou de fora outras unidades médicas que não sofreram alterações. Como será observado adiante, a atenção voltada ao tratamento de COVID impactou na realização de alguns serviços.

### Indicadores de Resultado 2019 e 2020

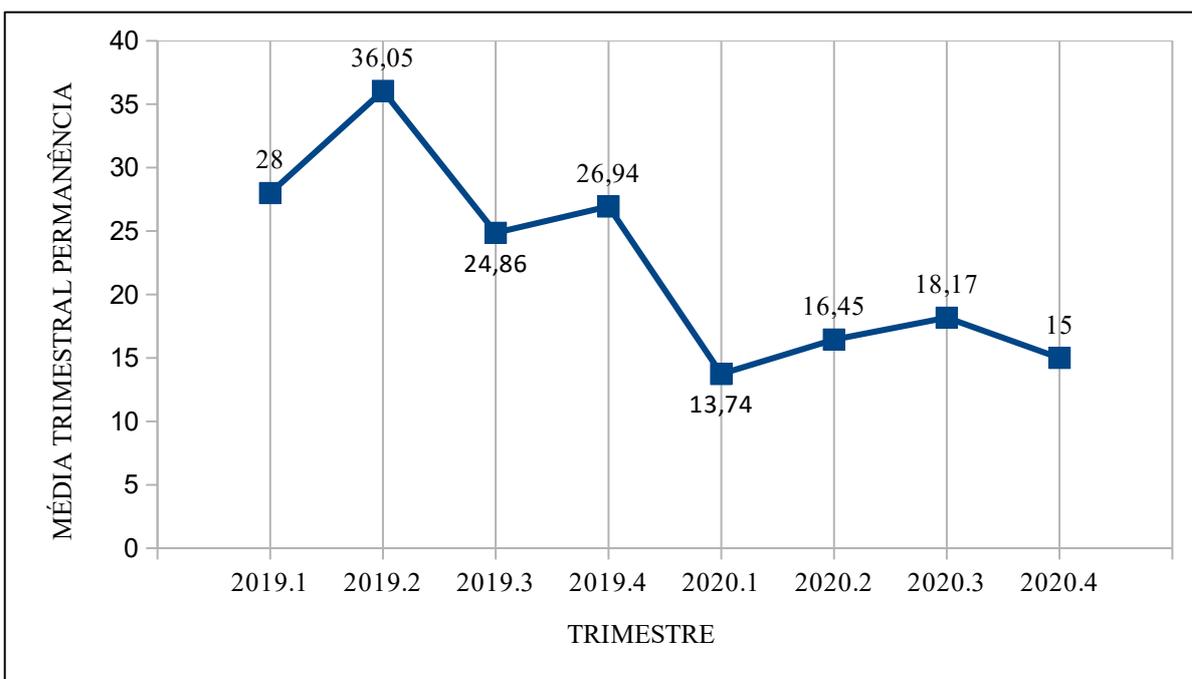
**Gráfico 1 – Número de Saídas por Unidade Assistencial**

Fonte: Baseado nos Relatórios de Fiscalização Acompanhamento e Avaliação HGWA, 2019/2020

O primeiro indicador, seguindo a sequência de como são apresentados no RFAA, representa as saídas de pacientes, incluindo alta, evasão, desistência, transferência externa e óbito. A unidade demonstra estabilidade até o início de 2020, com a redução coincidindo com o início da pandemia. O relatório informa que no terceiro trimestre a redução se deu principalmente pelo aumento de pacientes crônicos, diretamente relacionado, mas não exclusivamente, com o COVID. Além disso, a melhora no indicador coincide também com a redução de casos do vírus, acontecendo no mesmo período.

Até o início de abril de 2020, o Estado do Ceará apresentou o maior número de casos notificados (MARINELLE, 2020). Um fator que contribui para esse cenário pode estar relacionado com o investimento e ampliação de testes rápidos para COVID-19 em Fortaleza. Este fator é importante por a doença poder ocorrer de forma assintomática, onde mesmo com a constatação através de teste, a recomendação foi de procurar atendimento médico apenas em casos de sintomas graves. Considerando essa dinâmica, o resultado apontado no gráfico acima indica um impacto considerável, mas comparado com a quantidade de casos registrados, principalmente entre o segundo e terceiro trimestres de 2020, aparenta ser mais brando, visualmente. Contudo, essa mesma dinâmica indica que a parte concernente aos casos de COVID que contribuiu para redução de saídas foi de casos graves.

**Gráfico 2 – Média trimestral de Permanência**

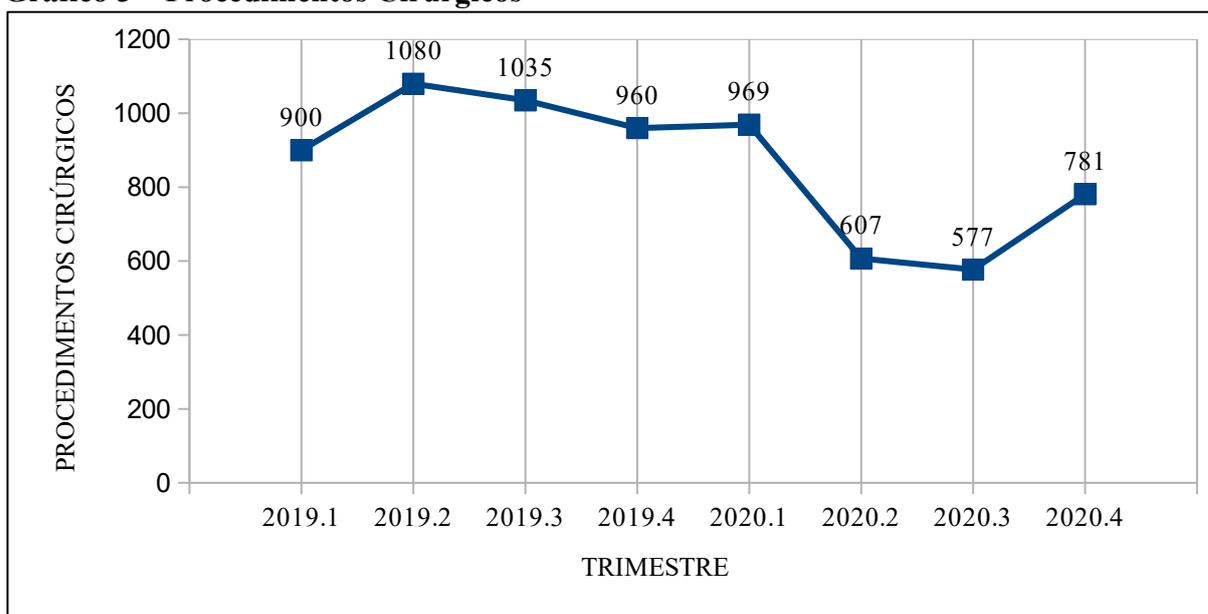


Fonte: Baseado nos Relatórios de Fiscalização Acompanhamento e Avaliação HGWA, 2019/2020

A “Média Trimestral de Permanência” demonstra tendência de redução desde 2019. Como contrapartida do indicador anterior, menos saídas indica maior permanência. Além de casos de COVID, a partir do terceiro trimestre de 2020 a unidade passou a receber pacientes do Hospital Geral de Fortaleza com perfil de longa permanência, em especial casos cirúrgicos de alta complexidade, o que explica o aumento nesse período. Também como foi dito, a curva não parece tão alarmante, contudo os indivíduos que necessitaram permanecer internados o fizeram por apresentar sintomas graves, entre os quais, dificuldade intensa para respirar ou desconforto respiratório; pressão duradoura no peito; saturação de oxigênio no sangue  $< 95\%$ ; e coloração azulada na região dos lábios ou do rosto (cianose). No geral a unidade apresentou redução significativa desse indicador, mesmo com a circunstância citada, em comparação com o ano anterior, seguindo a meta do contrato de gestão.

Retomando o que foi argumentado sobre a possível relação entre Terceiro Setor como um possível incentivo a privatização dos serviços de saúde, a tendência observada nos dois indicadores, de uma taxa elevada de pacientes saindo e conseqüentemente menor permanência nas instalações hospitalares pode ser interpretada como uma dinâmica mercadológica, onde se buscaria diminuir custos em manter pacientes. Contudo, também é possível interpretar essa tendência sob uma ótica de eficiência, onde a redução se dê em melhorias processuais internas. Na medida em que o relatório serve como forma de avaliação do contrato de gestão, indicando a conformidade entre o que foi proposto com a realidade da instituição, e que é o instrumento que indica as metas, a ótica predominante é particularmente atrelada às intenções dos gestores.

Em todo o relatório, e conseqüentemente no contrato de gestão, por definir as metas, cabe o questionamento entre eficiência e perspectiva mercadológica no serviço de saúde. Como apenas pelos indicadores não é possível compreender de fato o significado atribuído à meta estabelecida, o importante é verificar o impacto da pandemia, que coincide em seus períodos de início e estabilização com as alterações observadas nos gráficos.

**Gráfico 3 – Procedimentos Cirúrgicos**

Fonte: Baseado nos Relatórios de Fiscalização Acompanhamento e Avaliação HGWA, 2019/2020

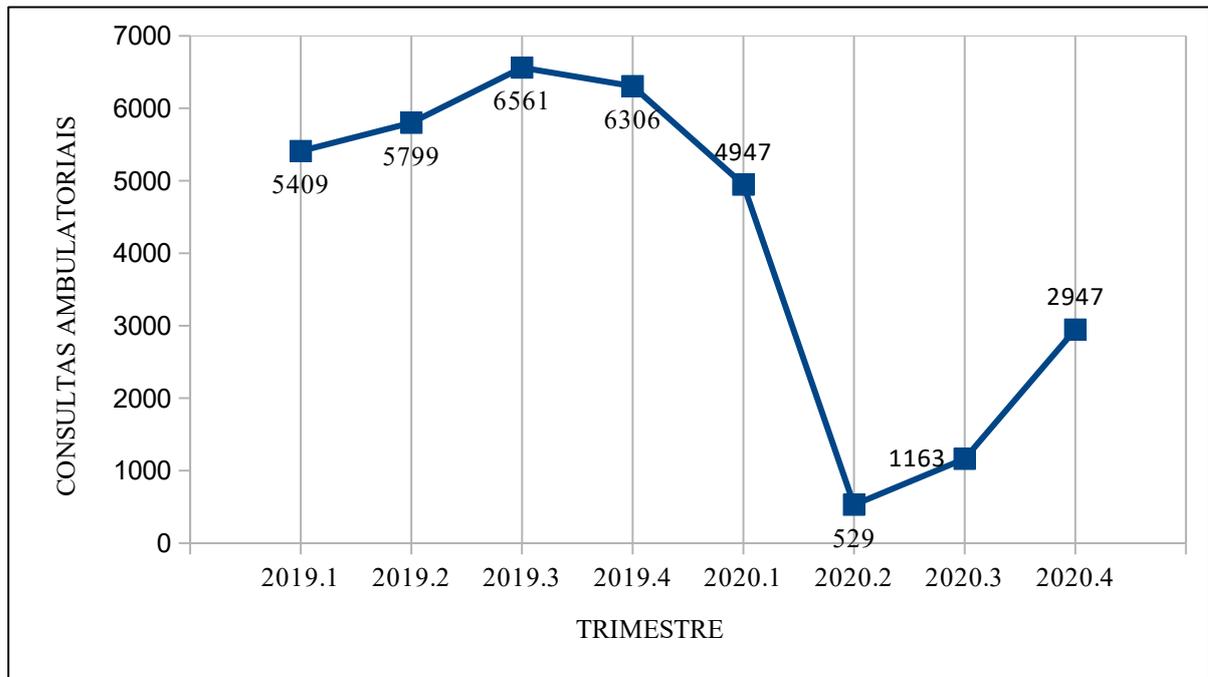
Até o primeiro trimestre de 2020 observa-se que a quantidade procedimentos cirúrgicos seguem com pouca variação. A partir do segundo o valor cai substancialmente e segue estável.

A partir do segundo trimestre a portaria 295/2020 da Secretaria de Saúde do Estado suspendeu cirurgias eletivas, com retomada no quarto trimestre. Se alia a isso as restrições de circulação da população, que consequentemente reduziu os acidentes de trânsito. Entre 20 de março e 31 de maio foi registrada redução de 57,7% nos casos em comparação com o mesmo período, no ano anterior (Diário do Nordeste, 2020). No RFAA também é informado que o centro cirúrgico estava passando por reformas, concluídas no período coincidente com o aumento observado no último trimestre de 2020. Com exceção da reforma, é possível entender que o impacto da pandemia foi além dos casos de COVID. A consequência de menos acidentes inclusive permite uma reflexão sobre impactos positivos, ou no mínimo, possíveis aprendizados, além do campo da saúde.

O indicador de “Taxa de Infecção Cirúrgica” se manteve estável durante os dois anos, onde em 2019 se alcançou 100% da meta (até 10%) em todos os períodos, com leve tendência de elevação, de 4,2% no 2º trimestre, alcançando 6,1% no 4º. Em 2020 foi mantido 100% em todos os trimestres, com a taxa não passando de 3%. Esse resultado pode ser entendido como um reflexo direto da pandemia, com a limitação da quantidade de cirurgias realizadas, ainda que o hospital tenha apresentado bons resultados nesse quesito antes. Neste caso foi possível realizar a comparação dos indicadores em formato de porcentagem por a meta ser a

mesma nos dois exercícios. Interessante considerar que a influência é originária numa medida de combate à pandemia. Mesmo ainda sendo o vírus o fator principal, a influência apresenta origem numa consequência secundária.

**Gráfico 4 – Consultas Ambulatoriais**



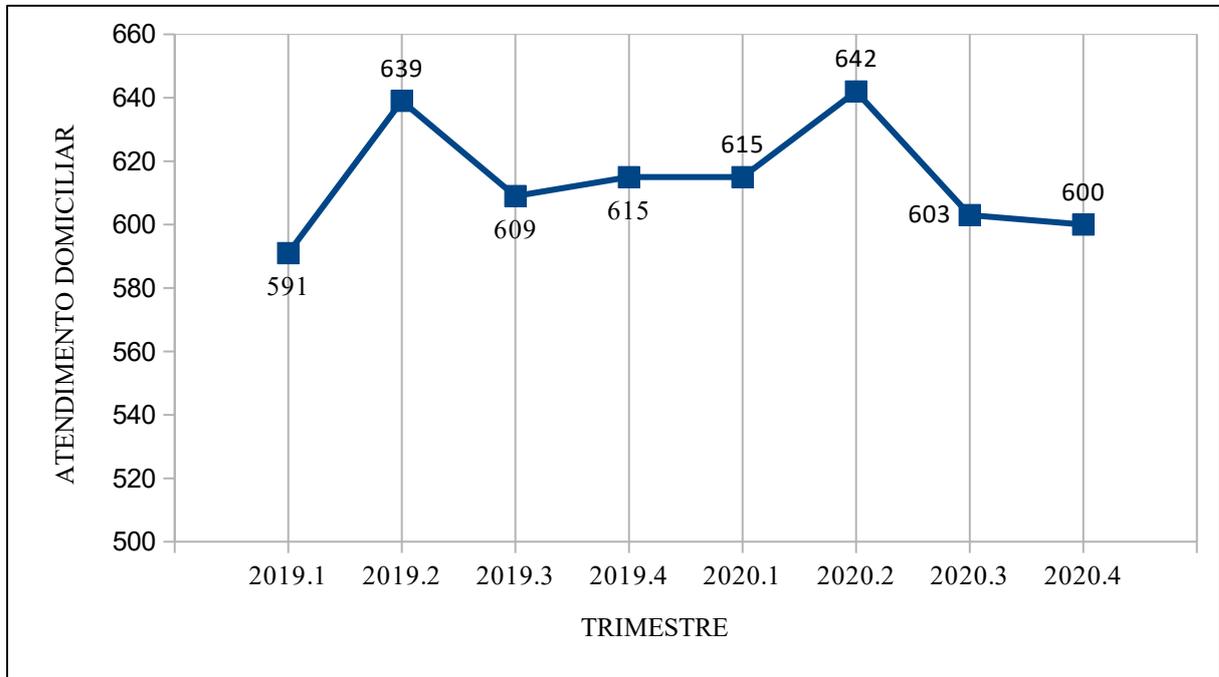
Fonte: Baseado nos Relatórios de Fiscalização Acompanhamento e Avaliação HGWA, 2019/2020

É possível observar que a quantidade de consultas ambulatoriais apresentavam um aumento gradual, teve leve redução no início de 2020 e despencou a partir do segundo trimestre, onde foi decretado o estado de emergência. Semelhantemente com o que aconteceu com a realização de cirurgias eletivas, a partir do segundo trimestre a portaria 2020/295 suspendeu atendimentos ambulatoriais eletivos, ficando restritos para pacientes em pós-operatório e oncológicos. Também é possível inferir que a restrição de circulação fez com que a população evitasse unidades de saúde se não extremamente necessário.

A tendência de aumento nos períodos anteriores indica uma demanda importante para a população, quando na necessidade de atendimentos de baixa complexidade. Também é importante considerar que os atendimentos ambulatoriais servem de porta de entrada para encaminhar ou recomendar ao paciente atendimentos mais específicos e complexos. A queda acentuada num curto período permite interpretar que muitos indivíduos foram impossibilitados. A urgência em salvar vidas, evitando o contágio, impedindo que pessoas se

desloquem para a unidade de saúde justifica essa decisão. O apontamento feito é direcionado à influência da pandemia para o desempenho e rotina do hospital.

**Gráfico 5 – Pacientes em Atendimento Domiciliar**



Fonte: Baseado nos Relatórios de Fiscalização Acompanhamento e Avaliação HGWA, 2019/2020

O indicador “Pacientes em Atendimento Domiciliar” apresenta variações consideráveis mesmo antes do período da pandemia. Sobre o exercício de 2020 o RFAA explica que a partir de abril a unidade prestou apoio e assistência para abrigos públicos, filantrópicos e privados, o que explica o aumento no segundo trimestre. A redução e estabilização sequentes podem ser entendidas como um ajuste à demanda, onde o pico no trimestre anterior tenha sido uma medida de prevenção, e suporte aos abrigos, mas que se mostrou não necessária. As medidas de distanciamento social também podem ter influenciado na diminuição no sentido de se evitar contato com outras pessoas, inclusive profissionais de saúde.

Um aspecto importante sobre o atendimento domiciliar é o suporte à população idosa. O vírus demonstra, na faixa etária acima de 60 anos, um índice de mortalidade 3,8 vezes maior que a média geral, muito em decorrência da baixa imunidade e doenças crônicas (HAMMERSCHMIDT, SANTANA, 2020). A notícia abaixo relata que entre os abrigos públicos atendidos, 19 foram Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPS) em Fortaleza e no interior do Estado.

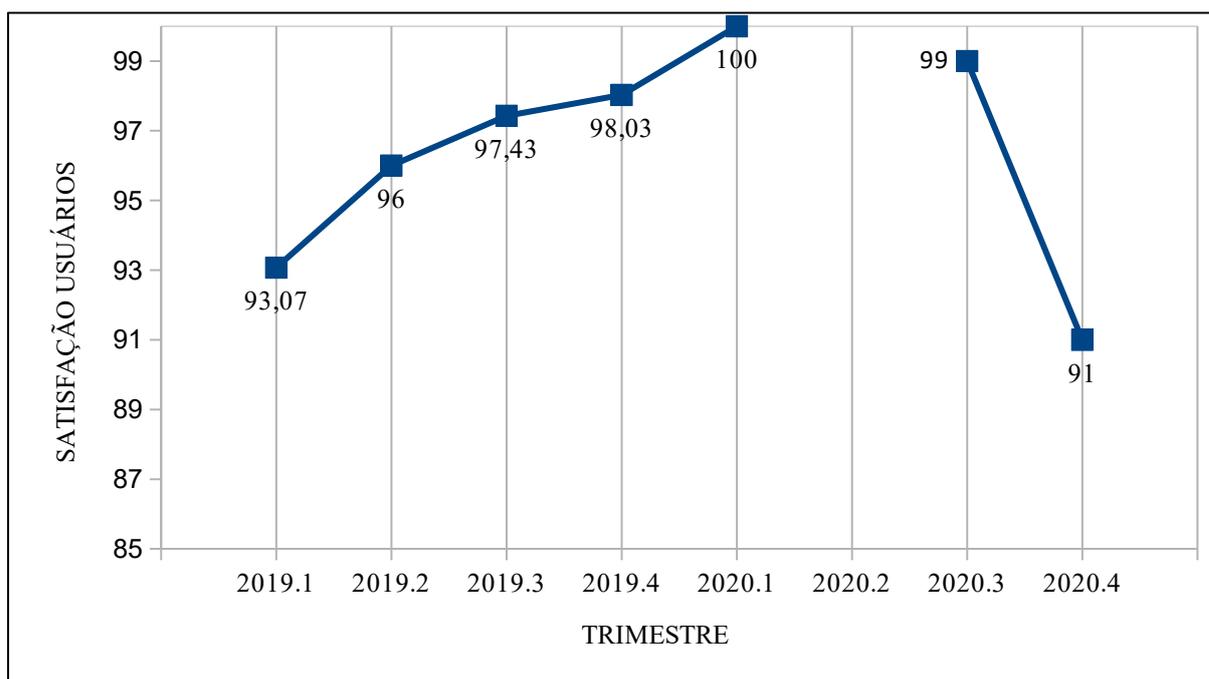
Na capital cearense, o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara (HGWA), unidade da rede estadual, atuou em 19 abrigos, prestando assistência a mais de 700 idosos. [...] Os casos menos graves foram isolados e tratados nos próprios abrigos, enquanto os mais delicados foram encaminhados a unidade de saúde de referência (KAWASAKI, 2020).

Tanto no indicador sobre atendimentos ambulatoriais, quanto neste fica evidente a relação do Terceiro Setor e assistência relatada anteriormente. No primeiro caso a elevada demanda por parte da população, que ficou restrita, e agora o suporte para uma parcela da população que enfrente limitações e precisa de uma atenção especial.

Sobre o indicador “Realização de Auditorias Internas” em 2019 foram realizadas duas, em abril e dezembro, atingindo 100 da meta do contrato de gestão. Já para 2020 o Contrato do referido exercício exigiu a realização de uma por trimestre, o que também foi cumprido integralmente. Mesmo com uma exigência 100% maior, a unidade não teve esse quesito afetado pela pandemia. Talvez a atenção ao COVID em detrimentos de outros atendimentos menos urgentes possa ter contribuído para a realização das auditorias, com a limitação da circulação de pessoas e trabalhos realizados. Conforme citado no trabalho de Vignochi, Gonçalo e Lezena (2014), o controle através de indicadores possibilita ênfase na gestão da qualidade. O controle interno também fornece garantias das atividades e recursos aplicados na instituição, contribuindo para uma boa imagem, trazendo os benefícios elencados na seção sobre o Terceiro Setor.

A exigência de realização de auditorias internas também evidencia a função discutida na seção sobre o contrato de gestão e seu suporte à gestão. Sendo a saúde o “produto” a ser negociado e oferecido, o contrato vai além de indicadores de saúde, no contexto de pandemia a atenção à saúde foi prioridade, mas não suprimiu aspectos também importantes, nesse caso, a auditoria garante que as atividades exercidas na unidade estejam seguindo os limites de saúde, fiscais, econômicos.

Para o indicador “Densidade de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde” não foi possível comparar os dois anos por não ser exigido em 2019. Ele se manteve em 100% de atingimento da meta (até 7%), com diminuição no terceiro trimestre e aumento no quarto. Com a redução de entradas de outras ocorrências além de COVID, as infecções de pacientes se manteve baixa, com leve aumento coincidente com o início do período de afrouxamento das medidas. Considerando que as infecções aqui são apenas as relacionadas ao uso de equipamentos hospitalares, adquiridas em decorrência da assistência à saúde, é possível inferir que a pandemia contribuiu para o bom desempenho deste indicador, com a diminuição da variedade de pacientes e tratamentos realizados.

**Gráfico 6 – Taxa Satisfação Usuários**

Fonte: Baseado nos Relatórios de Fiscalização Acompanhamento e Avaliação HGWA, 2019/2020

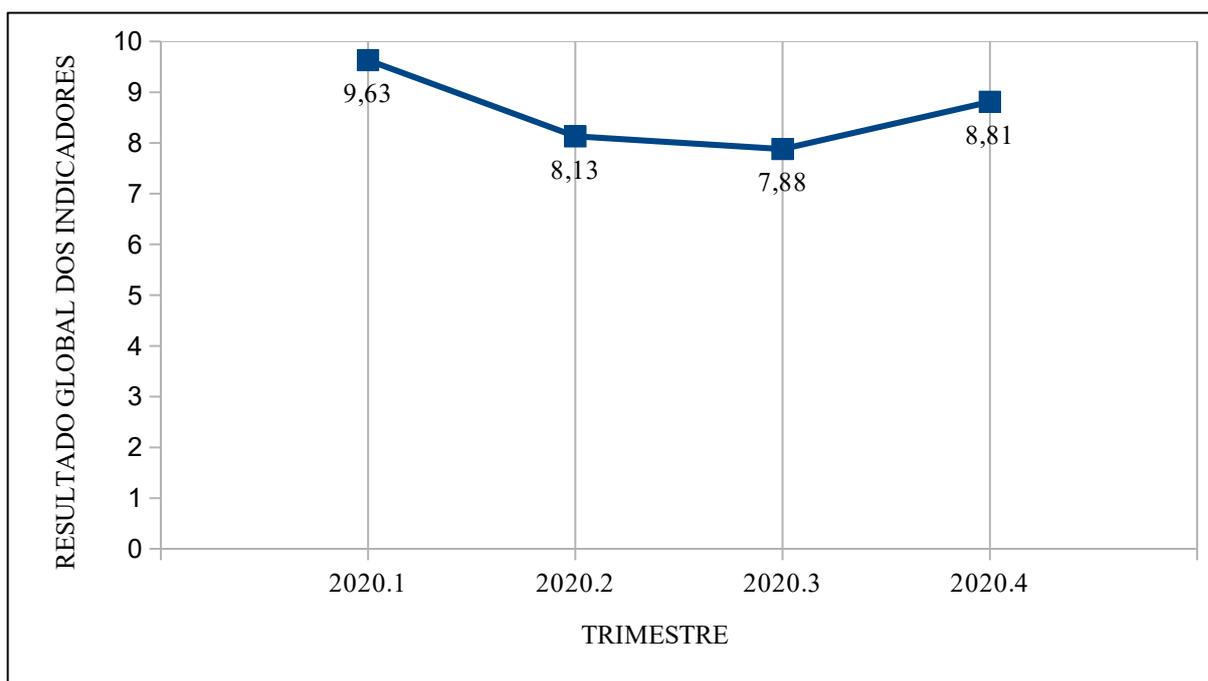
As taxas de “Satisfação dos Usuários” demonstram que o HGWA apresentava uma constante melhoria, atingindo o pico no início de 2020. O RFAA informa que por conta da pandemia, com redução na circulação de pacientes e visitantes, não foi possível a realização da pesquisa referente ao segundo trimestre de 2020. O próximo registro mantém a taxa elevada, e em seguida uma queda considerável, mas ainda num nível satisfatório. A Pandemia impediu a realização da pesquisa em um momento, mas não impactou drasticamente no desempenho da unidade nesse quesito. O RFAA também não detalha como as pesquisas são aplicadas, impedindo uma análise mais detalhada.

Para o indicador “Taxa de Reinternação Não Eletiva” o contrato de gestão de 2019 não exige a apresentação desse indicador nos RFAA. Em 2020 a unidade apresentou um resultado de 100% da meta obtida, mantendo a taxa abaixo de 10% em todos os trimestres. O baixo impacto da pandemia neste indicador pode ser explicado por também tratar de casos com caráter de urgência, ou de média e alta complexidade. Assim, um paciente que após ter recebido alta médica necessite retornar as instalações hospitalares, se apresenta como um encaminhamento próprio, que ocorreria “naturalmente”, que precisa ser atendida juntamente a demanda extra, causada pela pandemia. O artigo de Barbosa (2020) sobre as dificuldades iniciais no enfrentamento da pandemia, na perspectiva de profissionais da enfermagem, num hospital de Fortaleza, cita como uma das principais dificuldades a ser enfrentada foi a

necessidade profissionais de saúde além do contingente da instituição em decorrência da criação e destinação de leitos do hospital e hospital de campanha para atendimento de COVID.

O indicador “Percentual de Vagas Para Residência Médica” apresentou estabilidade com leve tendência de elevação no alcance da meta no período de 2019, e em 2020 ficou estável em 102%. Está entre os indicadores com menor variação no período. Um aspecto importante a ser considerado, assim como relatado por Barbosa (2020) no contexto da enfermagem, em outro hospital de Fortaleza, onde para suprir a necessidade de profissionais foi preciso recorrer a indivíduos com pouca experiência, neste caso de residência médica, os números estáveis indicam que os residentes tiveram que atuar em meio a pandemia, ainda que possam ter sido direcionados a atividades menos delicadas.

Essa questão do despreparo pode gerar um entendimento que o aprendizado na dificuldade possibilita vivências relevantes para o preparo do profissional, o que é legítimo, mas o estudo de Barbosa também indica que, em decorrência da inexperiência, foi presenciado descuidos como “profissionais utilizando sandálias abertas e rasteiras, vestidos longos arrastando no chão, uso de adornos e a não utilização de gorros e máscaras cirúrgicas ao realizar procedimentos no doente”. A autora chama atenção que essas questões são ou deveriam ser amplamente discutidas no meio universitário.

**Gráfico 7 – Resultados Globais de Indicadores de Gestão**

Fonte: Baseado nos Relatórios de Fiscalização Acompanhamento e Avaliação HGWA, 2019/2020

Por fim, os “Resultados Globais de Indicadores de Gestão” demonstram a curva de alcance das metas nos quatro trimestres de 2020, sendo calculada como a média entre indicadores de resultado e indicadores de Gestão (satisfação do cliente), de cada trimestre. Comparando com o início da pandemia, o período de isolamento social rígido, e afrouxamento das medidas de combate, o gráfico acompanha precisamente os períodos, tendo a performance dos indicadores em alcançar as metas apresentado um ótimo resultado no início do ano, uma queda considerável no segundo trimestre, início da pandemia, redução menos acentuada no terceiro trimestre, e melhora dos resultados no último período, onde as medidas de contenção já se flexibilizavam.

Demonstrando vivências de contextos semelhantes, Barbosa Campos *et al* (2020) relata a experiência da Comissão de Educação Permanente em Enfermagem para capacitação da equipe de enfermagem sobre o cuidado de pacientes acometidos, no início das ações de combate ao COVID em Fortaleza, Ceará.

Dentre as diversas dificuldades constatadas, entre as principais estava lidar com a ansiedade dos profissionais atuando na linha de frente de combate a uma doença altamente contagiosa, e que na época ainda não se tinha pleno conhecimento dos sintomas, ainda que a gravidade já estivesse constatada. O temor não se limitava ao indivíduo, uma vez que o profissional poderia levar o vírus consigo e contaminar parentes e amigos.

Esse aspecto foi considerado no contexto do HGWA como uma demanda a ser trabalhada. Mesmo antes da pandemia se oferecia suporte psicológico aos colaboradores, com atendimentos focados na saúde mental, sendo reforçados durante a crise de COVID. Os atendimentos puderam ser relacionados de forma presencial e virtual, através de agendamentos, mantendo as recomendações de distanciamento vigentes no período. A preocupação com a saúde mental dos profissionais de saúde foi principalmente relacionada com contexto da pandemia, e com o entendimento da relação do bem-estar dos colaboradores e seu desempenho profissional (FERNANDES, BRANDÃO, 2021).

Outra questão apontada por Campos *et al* (2020) foi a escassez e uso inadequado dos equipamentos de proteção individual (EPI). Os profissionais da saúde são habituados a utilizarem máscaras e gorros descartáveis, e ambientes hospitalares já contavam com estoques destes equipamento. Ainda assim foi constatado deficiência no fornecimento destes insumos. A autora também considera a distribuição desigual e uso não racional como fatores que contribuíram para a falta de EPI.

Foi citado na apresentação do indicador “Percentual de Vagas Para Residência Médica” sobre a atuação de indivíduos com pouca experiência no combate ao vírus. Neste outro caso foram priorizadas ações de treinamento em grupos de 8 enfermeiros. A dificuldade ante ao treinamento se deu pela jornada desgastante, deixando os treinamentos pouco eficientes para a preparação dos profissionais.

Outro trabalho realizado em Fortaleza, no Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, localizado no bairro Messejana, também constatou que o efetivo de profissionais foi insuficiente para a demanda em função da pandemia. Devido a situação foram adotadas jornadas reduzidas de 6 horas diárias como forma de poupar os colaboradores, contudo logo se verificou a necessidade de aumento da carga horária (OLIVEIRA, 2020).

A resposta rápida em adequar o HGWA a demanda ao contexto da pandemia demonstrou boa capacidade de resposta no quesito agilidade. Em contrapartida, foi necessário preterir outras demandas em segundo plano. Sobre os RFAA, com as alterações para atender a demanda do COVID, manter indicadores preestabelecidos para avaliar o desempenho no período pandêmico se justifica pelos critérios de exigência presentes no contrato de gestão, mas resulta em diminuição da relevância nas informações apresentadas para medir o desempenho da instituição. Incluir aspectos diretamente ligados ao combate ao vírus, como a disponibilização de itens de higiene e esterilização, equipamentos de proteção individual, ou taxa de recuperação e mortalidade dos acometidos com COVID, possibilitaria alinhar o desempenho obtido diretamente com a realidade enfrentada.

O objetivo dos relatórios é medir a adequação dos resultados apresentados nas atividades desenvolvidas na instituição com o que foi estabelecido em contrato. Em face de uma situação adversa, o contrato se mostra flexível em possibilitar alterações, mas a forma de avaliação permaneceu “engessada”, não acompanhando as novas prioridades. Os RFAA enquanto instrumentos acessórios do contrato de gestão se mostram como uma boa alternativa em registrar a evolução de indicadores. A objetividade e periodicidade permite organizar e consultar os dados das atividades exigidas em contrato. Contudo, a perspectiva qualitativa não verificada e registrada reduz a qualidade de precisão dos relatórios. Neste exemplo da pandemia, aspectos qualitativos deveriam ser indispensáveis, considerando que o êxito de políticas de saúde pública não se resumem em atendimento de demanda. Borges (2000) argumenta sobre a dinâmica de valorização de práticas e pensamentos próprios do setor privado em detrimento das capacidades estatais. Com a idealização da “superioridade do gerente livre de pressões “irracionais” da política” (BORGES, 2000, p. 6), fica evidente que a preferência por indicadores objetivos observada nos relatórios está associada ao gerencialismo.

Em situações extraordinárias os RFAA, ao contrário do próprio contrato de gestão, no caso do HGWA, não acompanharam a mudança de objetivo. Tecnicamente, as exigências do contrato não sofreram alterações, por tanto, a não alteração dos relatórios não implica falha. A questão apontada está na limitação da relevância dos resultados apresentados para a avaliação do contrato de gestão, considerando o do contexto. Como foi dito, se observa o reflexo da ascensão de um considerando padrão ideal de gerenciamento, pautado em maximização racional da utilidade (BORGES, 2000, p. 7). Considerando que as dificuldades que deveriam ser findadas com a adoção das modernas soluções do mercado continuam, ainda se tem o agravante de uma falsa sensação de eficiência.

Na perspectiva de avaliação adotada, o desempenho da unidade em questão foi considerado satisfatório, mas sem abordar questões qualitativas, tão, ou até mais relevantes para o desenvolvimento social da saúde, o resultado sinalizado pode ser incompleto. Importante citar que quanto os dados quantitativos e as conclusões práticas destes, o padrão é satisfatório do ponto de vista técnico.

Em termos de impacto para os usuários, conforme os indicadores, a suspensão de cirurgias e consultas ambulatoriais eletivas foram os mais evidentes. Principalmente pela queda brusca, considerando os resultados anteriores. Mesmo em casos não urgentes, a demanda não atendida impacta negativamente na percepção sobre a unidade de saúde em sua capacidade de administrar as demandas, em situações adversas.

Outro aspecto que foi influenciado pela pandemia, que se desdobrou em consequências além dos RFAA foi a comunicação entre hospital e sociedade. Dois indicadores relacionados com essa temática são a realização de auditorias internas e taxa de satisfação dos usuários. Em ambos a finalidade é proporcionar o diálogo, onde no primeiro se verifica as condições e processos internos para divulgação e garantia de conformidade da utilização dos recursos com o interesse público. No segundo se constata a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados. Como foi observado, as auditorias foram realizadas normalmente, seguindo o sentido instituição – sociedade. Já no sentido sociedade – instituição, a pandemia impediu a realização da pesquisa de satisfação por conta das restrições impostas.

Comparando com os resultados apresentados no ano anterior, as maiores interferências observadas não foram oriundas da pandemia, mas das medidas de combate a esta. O contrato de gestão se mostra um instrumento objetivo e resiliente, mas que em sua forma de avaliação pode ser melhorado dependendo do contexto em que este é utilizado. No exemplo observado, o instrumento poderia ser otimizado abrangendo questões qualitativas, ampliando as informações coletadas analisadas e divulgadas, contribuindo para a relevância da avaliação, para a gestão social e impressão popular sobre a instituição. Importante notar que nos relatórios de avaliação constam comentários da banca avaliadora, com sugestões e questionamentos. No caso dos RFAA de 2020, no período de isolamento constaram indicações sobre as razões de variação brusca em alguns indicadores. Além da justificativa também caberia a sugestão de verificar questões mais relacionadas com o COVID.

Considerando que a análise aponta conformidade no cumprimento dos contratos de gestão, juntamente com o que foi observado no caso do HGWA, observa-se uma perspectiva de análise de desempenho de natureza quantitativa. Esse direcionamento propicia resultados objetivos e precisos, na perspectiva das metas, mas aspectos subjetivos relevantes são negligenciados. Limitar a avaliação de políticas públicas de saúde ao alcance de valores numéricos dá força ao movimento de crítica aos contratos de gestão, como foi apresentado na visão de Di Pietro (2020), como uma modalidade de privatização ou terceirização da responsabilidade do Estado.

Essa dinâmica está diretamente relacionada com a adoção de práticas e modalidades gerenciais do setor privado. Foi apresentado por Rocha (2019) a forte influência da instrumentalização racional em organizações sociais, e o problema de descaracterização, com a instituição se portando como uma extensão do setor privado. No contexto observado, os relatórios de desempenho do HGWA valorizam a quantidade de ações. O volume numérico é

importante em função da demanda, mas como foi afirmado, a qualidade da política de saúde vai além de prestar atendimento ou não. Borges (2000) também chama atenção sobre a utilização de práticas alinhadas ao setor privado no setor público e a ilusão de que essa seria a solução dos problemas presentes na administração estatal. Uma vez que o gerencialismo “traz novos e complexos arranjos envolvendo agências privadas e suas entidades reguladoras públicas, com o risco de enfraquecer os controles democráticos normais sobre a burocracia.” (BORGES, 2000, p. 6), considerando o caso observado no HGWA, é possível considerar que as metas definidas no contrato de gestão seguem o padrão observado em instituições privadas, importando as possíveis vantagens, mas também os problemas deste tipo de abordagem.

Retomando o estudo desenvolvido por Cruz (2021), sobre a sustentabilidade de organizações do terceiro setor no âmbito da saúde, entre as dificuldades elencadas pelo autor, a fiscalização pouco eficiente pode ser adaptada por incompleta. Informações quantitativas são relevantes e devem ser coletas e analisadas. Nesse aspecto os RFAA são satisfatórios. Numa perspectiva mais ampla fica faltando informações de caráter qualitativo.

A pandemia mostrou que os indicadores definidos para avaliação e acompanhamento precisam estar diretamente alinhados com a realidade vivenciada pela unidade. Em situações atípicas é importante verificar o quanto as informações coletadas habitualmente continuam relevantes e eventualmente fazer adaptações. Sem isso o controle sobre os trabalhos desenvolvidos perde em qualidade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 5.1 Síntese das respostas aos objetivos

Em relação ao alcance do primeiro objetivo específico, compreender os processos de evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, foi visto o desenvolvimento da saúde, de sua organização como uma medida de suporte ao desenvolvimento da economia, até o desenvolvimento do SUS.

Importante considerar a forma como as políticas de saúde foram desenvolvidas durante a pandemia. A dinâmica de condução precisa ser observada principalmente nos níveis federal e estadual. Isso se deve em razão das posturas adotadas. Em nível federal houve discordâncias quanto as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), principalmente pelo entendimento que os prejuízos à economia poderia ser tão danosos ou até maiores que os causados pela disseminação do vírus.

Embora algumas unidades federativas tenham se alinhado em com o governos federal, muitos estados adotaram medidas em concordância com a OMS, principalmente quanto ao isolamento social, suspendendo atividades consideradas não essenciais, e priorizando o combate e tratamento ao COVID. O estado do Ceará foi destaque em adotar medidas de contenção rigorosas, conforme orientações de instituições e profissionais da área de saúde, e comunidade científica, nacional e internacional.

Em relação ao alcance do segundo objetivo específico, observar a atuação do ISGH na gestão hospitalar durante o período pandêmico, o ISGH, possuindo sua origem praticamente em função do HGWA, atualmente é responsável pela gestão de diversas unidades de saúde no Ceará. Através de acordo firmado com o Governo do Estado do Ceará, instrumentalizado via contrato de gestão, o instituto recebe recursos financeiros públicos para o desenvolvimento das atividades de promoção social da saúde. Além da gestão de variadas unidades de saúde, o ISGH também oferece serviços laboratoriais pelo laboratório Primilab, e educação em saúde, pela Escola de Saúde e Gestão.

Durante a pandemia o instituto manteve suas atividades, enfrentando as restrições impostas para o controle da doença, além de atuar ativamente, mesmo não desenvolvendo atividades de saúde diretamente, cumprindo seu papel de coordenar os aspectos administrativos, financeiros, laborais, entre outros, fundamentais para o funcionamento das unidades de saúde.

Em relação ao alcance do segundo objetivo específico, analisar e comparar os resultados constantes nos relatórios de avaliação do contrato de gestão dos anos de 2019 e 2020 para a gestão do HGWA, o contrato de gestão define como a organização atuará, indicando o período de prestação dos serviços, o que deverá ser realizado, o montante financeiro a ser recebido, as condições dos pagamentos, formas de avaliação e critérios de desempenho, metas a serem cumpridas. São necessários diversos relatórios, em diferentes períodos, responsáveis por indicar o desempenho e eventuais necessidades de ajustes, direcionando a organização para os objetivos. Cada unidade gerida pelo ISGH representa um contrato de gestão diferente com o poder público.

Neste trabalho foram analisados os Relatórios de Fiscalização Acompanhamento e Avaliação trimestrais dos anos de 2019 e 2020 do HGWA, buscando, identificar a influência da pandemia de COVID no desempenho dos indicadores avaliados. Os relatórios são desenvolvidos a partir das metas e critérios de avaliação presentes no contrato de gestão.

A comparação entre os dois exercícios buscou verificar tendências no desempenho dos indicadores e as alterações significativas ocorridas no período de isolamento social rígido, onde a pandemia foi mais impactante. Nos principais indicadores (diretamente relacionados com atendimento e suporte à saúde) observou-se alterações de desempenho significativas nos segundo e terceiro trimestres, início de pico da pandemia, e tendência de retorno aos níveis anteriores no último trimestre, início da reabertura econômica e flexibilização das medidas de contenção. Importante considerar que o COVID proporcionou impactos diretos como infectados e óbitos, e também consequências derivadas, como diminuição na circulação de pessoas e menos acidentes de trânsito.

## **5.2 Contribuições da pesquisa**

O trabalho demonstra a aplicação prática de um contrato de gestão numa unidade de saúde, no contexto de cooperação entre terceiro setor e poder pública. Mais especificamente, apresenta a dinâmica de avaliação do contrato, durante um período atípico, relacionando alterações nos resultados apresentados com as consequências diretas e indiretas, decorrentes das medidas de combate e prevenção.

Também se verificou o direcionamento dos indicadores exigidos pelo contrato de gestão para um viés quantitativo. Fica evidente a influência da lógica empregada no setor privado, propiciando ao terceiro setor desburocratização, eficiência, mas também distanciando este último da proposta civil. Esse distanciamento não é problemático enquanto não

descaracterizar a proposta da organização social. A face gerencialista representada pela dinâmica de objetivos, metas, e desempenho, direciona as instituições em maximizar os ganhos e diminuir as despesas. Para uma empresa é o que garante a competitividade e promove o alcance de lucro, seu objetivo primordial. Mas quais as consequências da aplicação desse modelo em uma organização que não visa lucro? Foi verificada a priorização de aspectos quantitativos no contrato de gestão e relatórios de análise de desempenho do HGWA.

O momento da pandemia se mostra entre os acontecimentos responsáveis por mudanças de paradigmas sociais. Já foram e serão realizados estudos sobre diversas perspectivas como o trabalho, educação, democracia, saúde, e as influências diretas e indiretas do COVID. Este trabalho apresenta um contexto pontual e relevante, podendo contribuir para outros investigadores de temáticas tangenciais as observadas aqui.

### **5.3 Limitações da pesquisa e sugestões para estudos futuros**

Sobre a análise dos RFAA, devido a diferenças no critério de avaliação alguns indicadores não foram possíveis de serem comparados. Os relatórios também não indicam sobre a forma de contabilização das informações, ou sobre como são coletadas, impedindo constatações detalhadas. Outros documentos que poderiam ser relevantes, como o Relatório de Gestão, que compila os resultados apresentados pelas unidades, não apenas das metas do contrato de gestão, do exercício de gestão anual, não estão presentes em todas as edições no sítio institucional do ISGH nem do hospital para as unidades. Para o HGWA existe apenas o de 2017 no sítio do instituto.

Além disso, importante considerar que a pandemia ainda não findou. As consequências ainda estão de manifestando, e a sociedade aos poucos vem aprendendo a conviver com ela. O surgimento de novas variantes, vacinas, protocolos de segurança, isolamento social, todas as questões relevantes que influenciam na vida da população.

Assim, através da análise dos RFAA evidenciou-se que a pandemia impactou no desempenho da unidade hospitalar. Como pôde ser entendido com os indicadores, foram necessários diversos ajustes para se adequar à demanda urgente. A exemplo do desempenho em consultas ambulatoriais, a queda brusca não foi uma falta do hospital, mas uma adaptação para a demanda exigida pelo momento de calamidade, imposta pelo Governo do Estado. O momento foi extremamente delicado, um desafio para as políticas de saúde pública e profissionais de diversos setores. Ainda assim o HGWA manteve um desempenho satisfatório, cumprindo as metas exigidas no contrato de gestão, com algumas exceções justificadas pelas

limitações impostas ao combate ao vírus. Segundo foi pontuado na seção sobre contratos de gestão, a autonomia e objetivos bem definidos garantem qualidade na gestão de uma organização social (BARBOSA e ELIAS, 2010). Neste caso foi possível observar a contribuição do terceiro setor e algumas de suas particularidades de gestão e relação com o setor público.

Considerando a periodicidade dos relatórios de avaliação, um estudo que expanda a análise em exercícios mais antigos e mais recentes proporcionaria a verificação de tendências, e a permanência ou não dos impactos da pandemia. Também seria importante avaliar os contratos de gestão e as diferenças de indicadores e formas de mensurar o desempenho, apenas nos dois exercícios observados neste trabalho foi possível perceber diferenças, que podem impactar numa avaliação de médio e longo prazo sobre os benefícios da administração das unidades via contrato de gestão.

Outro ponto relevante para futuras pesquisas está em verificar a percepção dos colaboradores do hospital sobre os indicadores, avaliados, as metas estabelecidas, agregando uma perspectiva qualitativa ao desempenho observado. A associação de informações qualitativas aos dados objetivos já exigidos permitiria mais detalhamento à situação da unidade, além de mais relevância ao resultado empregado ao período analisado. Os indicadores são efetivos em oferecer medidas objetivas e precisas, mas não exprimem aspectos subjetivos, também relevantes para uma análise completa. Considerando as observações citadas, oriundas de outros dois hospitais na no mesmo município, é possível associar as dificuldades apresentadas nos três ambientes. Ainda que possam existir diferenças consideráveis entre os três hospitais, o contexto de urgência e necessidade de adaptação em curtíssimo prazo foi geral.

Por fim, o estudo demonstra a importância de interpretação e reação a situações adversas. As diversas políticas públicas observadas, representadas na relação do poder público com o terceiro setor, na tomada de decisão em definir medidas de isolamento social, na própria gestão de uma unidade de saúde, demonstram o impacto da Gestão Pública e sua importância para o desenvolvimento e controle social. Também se verifica as possibilidades de contribuição de um profissional em gestão de políticas públicas, desde a elaboração até avaliação de aspectos relevantes e de interesse social, nesse caso, relacionados ao terceiro setor e saúde pública. Através dos estudos e experiências desenvolvidos no Curso de Gestão de Políticas Públicas, pela Universidade Federal do Ceará, foi possível desenvolver uma visão crítica sobre os relatórios de gestão e avaliação, verificando o impacto da pandemia para o HGWA.

## 6 REFERÊNCIAS

8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. **Conselho Nacional de Saúde**, 22 mai. 2019. Disponível em:

<<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>>. Acesso em: 14 de outubro de 2021.

A História das Santas Casas. **Santa Casa de Misericórdia de Passos**, 02 fev. 2016.

Disponível em: <<http://www.scmp.org.br/materia/61/a-historia-das-santas-casas>>. Acesso em: 15 de outubro de 2021.

ALBUQUERQUE, Antonio Carlos Carneiro. **Terceiro Setor: História e Gestão de Organizações**. São Paulo: Summus Editorial, 2006.

ALMEIDA, Gabriela. Crise causada pela pandemia pode levar à falência quase 2 mil restaurantes no Ceará. **Jornal O Povo**, Fortaleza, 16 jul. 2021. Disponível em:

<<https://www.opovo.com.br/coronavirus/2020/07/16/crise-causada-pela-pandemia-pode-levar-a-falencia-de-quase-2-mil-restaurantes-no-ceara.html>>. Acesso em: 15 de outubro de 2021.

ALLONZI, Adelemara Mattoso et al. **As condições de saúde no Brasil**. In: **RISI JUNIOR**, João Baptista; **NOGUEIRA**, Roberto Passos (Coord.). In: Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.118-234.

ANDRÉ, Maristela Afonso de, 1999. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do estado. **RAE – Revista de Administração de Empresas, FGV-EAESP Escola de Administração de Empresas de São Paulo** (Brazil), vol. 39(3), July.

BARBOSA CAMPOS, D.; LIMA VERDE GOMES, I.; RODRIGUES ALVES, A.; MAGALHÃES MOREIRA, T. M.; VIEIRA FIGUEIREDO, S. Reflexões sobre a pandemia COVID-19 e ações de educação permanente em enfermagem num hospital. **Global Academic Nursing Journal**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. e50, 2020. DOI: 10.5935/2675-5602.20200050. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/45>. Acesso em: 17 maio. 2022.

BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **SciELO – Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2010, v. 15, n. 5, pp. 2483-2495. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>>. Acesso em: 24 de dezembro de 2021 Epub 20 Ago 2010. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>.

BORGES, André. Ética burocrática, mercado e ideologia administrativa: contradições da resposta conservadora à "crise de caráter" do Estado. **Dados [online]**. 2000, v. 43, n. 1. Acesso em: 22 de junho 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0011-52582000000100004>>.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto Nº 5.156, de 8 de Março de 1904**. Dá novo regulamento aos serviços sanitarios a cargo da União. Diário Oficial da União, 8 de março de 1904.

BRASIL. **Lei nº 13.019**, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, [...]; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de julho de 2014; 193º da Independência e 126º da República.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

BRIDI, Maria Aparecida e BOHLER, ZANONI, BRAUNERT, BERNARDO, MAIA, FREIBERGER, BEZERRAO. Trabalho Remoto/home-office no Contexto da Pandemia COVID-19. **REMIR Trabalho**, Campinas, Julho, 2020. Disponível em: <<https://www.eco.unicamp.br/remir/index.php/condicoes-de-trabalho/190-o-trabalho-remoto-home-office-no-contexto-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 03 de julho de 2020.

CABRAL, Dilma. Diretoria-Geral de Saúde Pública. **Arquivo Nacional MAPA**, 25 jul. 2018. Disponível em: <<http://mapa.an.gov.br/dicionario-primeira-republica/567-diretoria-geral-de-saude-publica-2.html>>. Acesso em: 06 de novembro de 2021.

CAMPOS, A. L. V. Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960 [online]. Rio de Janeiro: Editora **FIOCRUZ**, 2006, 318 p. História e saúde collection. ISBN: 978- 65-5708-100-6. <https://doi.org/10.7476/9786557081006>.

CAMARA, Bárbara. Durante pandemia, Fortaleza tem 57,7% menos acidentes de trânsito com vítimas. **Diário do Nordeste**, Ceará, 10 jun. 2020. Disponível em: <<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/durante-pandemia-fortaleza-tem-57-7-menos-acidentes-de-transito-com-vitimas-1.2953836>>. Acesso em: 15 de outubro de 2021.

CAVALCANTE, Igor. Politização da pandemia impulsiona 'fake news' em meio à segunda onda no Ceará; saiba como evitar. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 18 mar. 2021. Disponível em: <<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/politica/politizacao-da-pandemia-impulsiona-fake-news-em-meio-a-segunda-onda-no-ceara-saiba-como-evitar-1.3062088>>. Acesso em: 03 de outubro de 2021.

CEARÁ. **Decreto Nº 33.510, de 16 de março de 2020**. Decreta situação de emergência em saúde e dispõe sobre medidas para enfrentamento e contenção da infecção humana pelo novo coronavírus. Diário Oficial do Estado do Ceará. Fortaleza, 16 de março de 2020.

CEARÁ. **Decreto Nº 33.519, de 19 de março de 2020**. Intensifica as medidas para enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus. Diário Oficial do Estado do Ceará. Fortaleza, 19 de março de 2020.

CEARÁ. **Decreto Nº 33.536, de 05 de abril de 2020**. Prorroga as medidas de enfrentamento à disseminação do novo coronavírus no Estado do Ceará, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Ceará. Fortaleza, 05 de abril de 2020.

CEARÁ. **Decreto Nº 33.608, de 30 de maio de 2020**. Prorroga o isolamento social no estado do Ceará, na forma do decreto Nº 33.519, de 19 de março de 2020, e institui a regionalização

das medidas de distanciamento social, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Ceará. Fortaleza, 30 de maio de 2020.

CEARÁ. **Decreto Nº 33.617, de 06 de junho de 2020.** Prorroga o isolamento social no estado do Ceará, renova a política de regionalização das medidas de isolamento social, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Ceará. Fortaleza, 06 de junho de 2020.

CEARÁ. **Decreto Nº 33.751, de 26 de setembro de 2020.** Prorroga o isolamento social no estado do Ceará, renova a política de regionalização das medidas de isolamento social, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Ceará. 26 de setembro de 2020.

CEARÁ. **Lei n. 12.781, de 30 de dezembro de 1997.** Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, dispõe sobre a qualificação destas entidades e dá outras providências. Ceará, Fortaleza, 30 de Dezembro de 1997.

CÉLULA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, Prefeitura de Fortaleza. **Informe Semanal COVID-19.** 32ª semana epidemiológica, Fortaleza, 2020. Disponível em: <[https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/coronavirus/PDFS/Informe%20semanal%20COVID-19%20SE%2032%C2%AA%202020%20-%20SMS%20FORTALEZA\\_compressed.pdf](https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/coronavirus/PDFS/Informe%20semanal%20COVID-19%20SE%2032%C2%AA%202020%20-%20SMS%20FORTALEZA_compressed.pdf)>. Acesso em: 10 de dezembro de 2021.

COUTINHO, Nina Novaes. As organizações sociais e o contrato de gestão. **Revista de Direito Público**, Londrina, 2006, v.1, n.2, p. 25-40.

CRUZ, J. A. W.; QUANDT, C. O.; MARTINS, T. S.; SILVA, W. V. Performance no terceiro setor uma abordagem de accountability: estudo de caso em uma Organização Não Governamental Brasileira. *Revista de Administração da UFSM*, v. 3, n. 1, art. 4, p. 58-75, 2010.

CRUZ, M. S. S. F. da. Administração hospitalar no terceiro setor. **Revista Científica Multidisciplinar O Saber – ISSN 2675-9128**, [S. l.], v. 1, n. 9, 2021. DOI: 10.51473/rcmos.v9i9.153. Disponível em: <http://revistacientificaosaber.com.br/ojs/envie seu artigo/index.php/rcmos/article/view/153>. Acesso em: 25 dez. 2021.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanello. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas.** 12. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanello. **Direito Administrativo.** 33. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSES, Simone Tetu; MOYSES, Samuel Jorge. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2012, v. 28, n. 4. pp. 615-625. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400002>>. Acesso em 7 Maio 2022.

FERNANDES, Rubem César. **Privado Porém Público: O terceiro Setor na América Latina.** 2ª Edição. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

FERNANDES, Teresa; BRANDÃO, Bruno. HRN e HGWA reforçam apoio a colaboradores com atendimento psicológico. **Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Ceará**. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/2021/03/31/hrn-e-hgwa-reforcam-apoio-a-colaboradores-com-atendimento-psicologico/>>, Acesso em 15 de maio de 2022

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira** [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, 270 p. ISBN: 978-85-7541-537-5.

GOLDENBERG, Mirian. “Estudos de caso”. In: \_\_\_\_\_. **A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record. 2004.

Guba, E.; Lincoln, Y. 1981. *Effective Evaluation*. São Francisco: Jossey-Bass.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; SANTANA, Rosimere Ferreira. SAÚDE DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 25, abr. 2020. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849>>. Acesso em: 17 maio 2022. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>.

Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. **O Hospital**. Site institucional, 22 de outubro de 2008. Disponível em: <[http://www.hgwa.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=79&Itemid=196](http://www.hgwa.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=196)>. Acesso em: 07/05/2022.

Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. **Relatório de Gestão 2019**. Disponível em: <<https://www.isgh.org.br/transparencia/relatorios-de-gestao>>. Acesso em: 17/01/2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <IBGE | Biblioteca | Detalhes | Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento>. Acesso em: 03/01/2022.

Integra SUS. **Boletim Epidemiológico Novo Corona Vírus (COVID – 19)**. Governo do Estado do Ceará, 07 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://integrasus.saude.ce.gov.br/#/indicadores/indicadores-coronavirus/coronavirus-ceara>>. Acesso em: 29 de dezembro de 2021.

Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. Escola de Saúde e Gestão Disponível em: <<https://escoladesaudeegestao.com.br/sobre/>>. Acesso em 8 de junho de 2022.

KOMATSU, Bruno Kawaoka; MENEZES-FILHO, Naercio. Simulações de Impactos da COVID-19 e da Renda Básica Emergencial sobre o Desemprego, Renda, Pobreza e Desigualdade. **Insper**, n. 43, abr. 2020.

LEITE, Kelen Christina. A (In)esperada Pandemia e Suas Implicações Para o Mundo do Trabalho. **SciELO – Brasil**, Belo Horizonte, v.32, Julho, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/5kJx53cdZNMrdWfrnNW76cD/?format=html&lang=pt>>. Acesso em 03 de julho de 2021.

LIMA, Nísia Trindade. **O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões**. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 24-116.

LIMA, S. M. L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, RJ, v. 30, n. 5, p. 101 a 138, 1996. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8005>. Acesso em: 12 maio. 2022.

LUEDY, A.; MENDES, V. L. P. S.; RIBEIRO JÚNIOR, H. GESTÃO PÚBLICA POR RESULTADOS: CONTRATO DE GESTÃO COMO INDUTOR DE MELHORIAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. *Organizações & Sociedade*, [S. l.], v. 19, n. 63, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/11217>>. Acesso em: 7 de maio de 2022.

MAGALHÃES, Ósia Alexandrina V. et al. (Re)Definindo a sustentabilidade no complexo contexto da gestão social: reflexões a partir de duas práticas sociais. **Cadernos EBAPE.BR** [online]. 2006, v. 4, n. 2, pp. 01-17. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-39512006000200007>>. Acesso em: de dezembrode 2021.

MAÑAS, A. V.; DE MEDEIROS, E. E. TERCEIRO SETOR: UM ESTUDO SOBRE A SUA IMPORTÂNCIA NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO SÓCIO-ECONÔMICO. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 15–29, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/12664>. Acesso em: 24 dez. 2021.

FREIRE, Camila Peixoto de Lima, *et al.* Manual de Auditoria Institucional. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. 2014. Disponível em: <[https://www.isgh.org.br/intranet/images/Dctos/PDF/ISGH/MANUAIS\\_PROCESSOS/ISGH\\_MANUAL\\_MANUAL\\_AUDITORIA\\_INSTITUCIONAL\\_070820.pdf](https://www.isgh.org.br/intranet/images/Dctos/PDF/ISGH/MANUAIS_PROCESSOS/ISGH_MANUAL_MANUAL_AUDITORIA_INSTITUCIONAL_070820.pdf)>.

Marinelli, Natália Pereira et al. Evolução de indicadores e capacidade de atendimento no início da epidemia de COVID-19 no Nordeste do Brasil, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2020, v. 29, n. 3 [Acessado 17 Maio 2022] , e2020226. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300008>>. Epub 03 Jun 2020. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300008>.

MARTINS, Maria do Perpétuo Socorro Parente; SILVA, João Batista; MEDEIROS, Marcos Lima; DANTAS, Humberto Vitorino. **IMPLANTAÇÃO DO NOVO MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA ATRAVÉS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL**. In: **II CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA**, 2009, Brasília. Painel 45.

NOGUEIRA, Arnaldo Mazzei e PATINI, Aline Campos. Trabalho Remoto e Desafios dos Gestores. **RAI Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v.9, Issue 4, Outubro, 2012. Pages 121-152, ISSN 1809-2039. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1809203916303680>>. Acesso em: 19 de julho de 2021.

OLIVEIRA, B. D. D.; KHOURY, S. H.; MARTINS, V. G.; ARNAUD, F. C. de S.; GASPARDI, A. C.; RABÊLO, D. R. V. Triagem e adequação do fluxo de pacientes no departamento de emergência de um hospital terciário durante a pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Vigilância Sanitária em Debate*, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 185-189, 2020. DOI: 10.22239/2317-269X.01632. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1632>. Acesso em: 17 maio. 2022.

PAVAN, Jessica; KIPNIS, Beatriz; MANCINI, Bruno. **Modernização da Gestão a partir do Gerenciamento por Organização Social de Saúde: Uma Análise Crítica do Modelo Implantado no Hospital Central Municipal de Osasco/SP**. In: **IX CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA**, 2016, Brasília. Painele 38/003.

Relatório Da Comissão De Avaliação. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Fortaleza, Ceará 2019. Seção HGWA 2019 1º trimestre. Disponível em: <<https://www.isgh.org.br/transparencia/relatorio-da-comissao-avaliacao>> URL. Acesso em: 06 de maio de 2020.

Relatório Da Comissão De Avaliação. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Fortaleza, Ceará 2019. Seção HGWA 2019 2º trimestre. Disponível em: <<https://www.isgh.org.br/transparencia/relatorio-da-comissao-avaliacao>> URL. Acesso em: 06 de maio de 2020.

Relatório Da Comissão De Avaliação. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Fortaleza, Ceará 2019. Seção HGWA 2019 3º trimestre. Disponível em: <<https://www.isgh.org.br/transparencia/relatorio-da-comissao-avaliacao>> URL. Acesso em: 06 de maio de 2020.

Relatório Da Comissão De Avaliação. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Fortaleza, Ceará 2019. Seção HGWA 2019 4º trimestre. Disponível em: <<https://www.isgh.org.br/transparencia/relatorio-da-comissao-avaliacao>> URL. Acesso em: 06 de maio de 2020.

Relatório Da Comissão De Avaliação. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Fortaleza, Ceará 2020. Seção HGWA 2020 1º trimestre. Disponível em: <<https://www.isgh.org.br/transparencia/relatorio-da-comissao-avaliacao>> URL. Acesso em: 09 de maio de 2020.

Relatório Da Comissão De Avaliação. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Fortaleza, Ceará 2020. Seção HGWA 2020 2º trimestre. Disponível em: <<https://www.isgh.org.br/transparencia/relatorio-da-comissao-avaliacao>> URL. Acesso em: 09 de maio de 2020.

Relatório Da Comissão De Avaliação. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Fortaleza, Ceará 2020. Seção HGWA 2020 3º trimestre. Disponível em: <<https://www.isgh.org.br/transparencia/relatorio-da-comissao-avaliacao>> URL. Acesso em: 09 de maio de 2020.

Relatório Da Comissão De Avaliação. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Fortaleza, Ceará 2020. Seção HGWA 2020 4º trimestre. Disponível em:

<<https://www.isgh.org.br/transparencia/relatorio-da-comissao-avaliacao>> URL. Acesso em: 09 de maio de 2020.

ROCHA, Jean Carlos Mendes da. Racionalidades Instrumental e Substantiva no Terceiro Setor. **Organizações e Democracia**. Marília – São Paulo v. 20, n. 2, 2019.

RODRIGUES, André Victor. Seminário reúne entidades civis para capacitar representantes do Terceiro Setor. **Governo do Estado do Ceará**, 04 jul. 2017. Disponível em: <<https://www.ceara.gov.br/2017/07/04/seminario-reune-entidades-civis-para-capacitar-representantes-do-terceiro-setor/>>. Acesso em: 20 de outubro de 2021.

ROTTA, Carmen Silvia Gabriel. Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial. 2004. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar) - Faculdade de Saúde Pública, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2004. doi:10.11606/T.6.2004.tde-14122009-115012.

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Contrato de Gestão, Hospital Geral Waldemar de Alcântara, de 07 de fevereiro de 2019. Disponível em: <<http://www.isgh.org.br/transparencia/contratos-de-gestao>>. Acesso em: 18 de abril de 2022.

SOUSA, Jamyle Martins de; *et al.* **PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA**. *In: VIII Jornada Internacional Políticas Públicas*, 2017, Maranhão.

STRABELLI, Tania Mara Varejão; UIP, David Everson. COVID-19 e o Coração. **SciELO**, Editorial, mar. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abc/a/NWKkJDxLthWSb53XFV9Nhvn/?lang=pt>>. Acesso em 29 de novembro de 2021.

TEIXEIRA, CF., and SOLLA, JP. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Saladeaula series, nº3. 237 p. ISBN 978-85-232-0920-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

TENÓRIO, F. G. Um espectro ronda o terceiro setor: o espectro do mercado. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, RJ, v. 33, n. 5, p. 85 a 102, 1999. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7626>. Acesso em: 25 maio. 2022.

VIOL, Paulo Vinicius Souza. **Avaliação de desempenho de unidades de saúde, sob gestão de Organização Social de Saúde**. 2018. Tese (Mestrado em Gestão) – FGV, São Paulo, 2018.