



MOTIVAÇÕES PARA EXPANSÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE: PERCEPÇÃO DE GESTORES ESTADUAIS

MOTIVATIONS FOR EXPANSION OF HEALTH SOCIAL ORGANIZATIONS: PERCEPTION OF STATE MANAGERS

RAZONES PARA LA EXPANSIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SOCIALES DE LA SALUD: PERCEPCION DE GESTORES DEL ESTADO

Francisco de Assis da Silva Santos¹, Garibaldi Dantas Gurgel Júnior², Idê Gomes Dantas Gurgel³, Eliane Maria Medeiros Leal⁴, Katia Rejane Medeiros⁵

RESUMO

Objetivo: analisar as principais motivações apresentadas pelos gestores, para a inserção de novos arranjos jurídicos na administração de serviços públicos de saúde em Pernambuco. **Método:** estudo de caso com abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos foram de fontes de informação oficial; os dados qualitativos foram produzidos por entrevistas com os quatro secretários estaduais de saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAEE. 0037.0.095.408/11. **Resultados:** entre as principais motivações para a implementação do modelo baseado em Organizações Sociais da Saúde com empresas gerindo serviços públicos de saúde estão: transferência de políticas de outros estados, e as vantagens administrativas referentes à maior agilidade e flexibilidade para a contratação de recursos humanos. **Conclusão:** a transferência de política e a agilidade administrativa passam a serem indutores de destaque no aprofundamento e capilaridade de um modelo em que os estados transferem a administração de serviços públicos para empresas. **Descritores:** Gestão de Serviços de Saúde; Recursos Humanos; Saúde Coletiva; Política de Saúde; Parceria Público-Privada.

ABSTRACT

Objective: to analyze the main motivations given by managers for the insertion of new legal arrangements in the administration of public health services in Pernambuco. **Method:** case study with quantitative and qualitative approaches. Quantitative data were sources of official information; qualitative data were generated by interviews with four state health secretaries. The research project was approved by the Ethics Committee on Research, CAEE. 0037.0.095.408/11. **Results:** among the main motivations for the implementation of the model based on Health Social Organizations with companies managing public health services are: transfer of policies from other states, and administrative advantages related to greater agility and flexibility for hiring manpower. **Conclusion:** the transfer of policy and administrative agility become prominent inductors in deepening and capillarity of a model in which states transfer the administration of public services for enterprises. **Descriptors:** Health Services Administration; Human Resources; Public Health; Health Policy; Public-Private Partnership.

RESUMEN

Objetivo: analizar las motivaciones principales dadas por los administradores para La inserción de nueva disposiciones legales en La administración de los servicios de salud pública em Pernambuco. **Método:** estudio de caso con enfoques cuantitativos y cualitativos. Los datos cuantitativos fueron las fuentes de información oficial; datos cualitativos fueron generados por entrevistas con cuatro secretarios de salud estatales. El proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación, CAEE. 0037.0.095.408/11. **Resultados:** entre las principales motivaciones para la aplicación sobre la base de las Organizaciones Sociales de la Salud con las empresas que gestionan modelo de salud pública son: la transferencia de las políticas de otros estados, y las ventajas administrativas relacionadas con la mayor agilidad y flexibilidad para la contratación de mano de obra. **Conclusión:** la transferencia de los inductores de la agilidad política y administrativa será destacado en la profundización y la capilaridad de un modelo en el que declara la transferencia de la administración de los servicios públicos para las empresas. **Descriptores:** Administración de los Servicios De Salud; Recursos Humanos; Salud Pública; Política de salud; Participación Público-Privada.

¹Fisioterapeuta, Professor, Faculdade ASCES e Universidade Federal de Pernambuco/UFPE/Centro Acadêmico do Agreste, Doutorando em Saúde Pública, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/CPqAM/FIOCRUZ. Recife (PE), Brasil. E-mail: francisco.a.santos@hotmail.com;

²Médico, Professor Doutor em Políticas Públicas, FIOCRUZ, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/NESC. Recife (PE), Brasil. E-mail: gurgel@cpqam.fiocruz.br; ³Médica, Professora Doutora em Saúde Pública, FIOCRUZ, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/NESC. Recife (PE), Brasil. E-mail: ideg@cpqam.fiocruz.br; ⁴Enfermeira, Mestranda em Saúde Pública. Recife (PE), Brasil. E-mail: Eliane.medeiro.leal@gmail.com;

⁵Assistente Social, Professora Doutora em Saúde Pública, FIOCRUZ, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/NESC. Recife (PE), Brasil. E-mail: kmediros@cpqam.fiocruz.br

INTRODUÇÃO

A reforma do estado brasileiro, iniciada ainda na década de 90, tem como referências algumas experiências internacionais, principalmente europeias, da década anterior.¹ Esse movimento se expandiu em diversas regiões e ainda reverbera no atual momento da administração pública, onde se advoga a conformação de um estado cada vez mais eficiente e regulador. Nesse contexto foram introduzidos novos arranjos jurídicos na administração de serviços públicos de saúde, principalmente para hospitais. No Brasil, os primeiros exemplos desse modelo foram identificados no Estado de São Paulo, sendo implementado por meio de assinaturas de contratos de gestão entre o poder público e as organizações sociais.²

No setor saúde, várias razões são elencadas para fundamentar o processo de tais incorporações, quais sejam: além da agilidade nos processos administrativos, a contratação de recursos humanos de forma mais flexível. Mais especificamente no Sistema Único de Saúde/SUS no Brasil, aponta-se a necessidade da utilização de mecanismos legais de gestão que orientem a operacionalização do setor privado, com o objetivo de reduzir obstáculos à contratação de pessoal.³ Estudos mostram que o principal problema para o planejamento e gestão da saúde está na questão dos recursos humanos devido aos seguintes fatores: elevada autonomia, grande especialização e concorrência (por médicos), baixo poder de regulação por parte do Estado, dificuldade de gerar estímulos e cobranças que possam não ter o consentimento por parte das corporações profissionais.^{4,5} Esse cenário de dificuldade da gestão em saúde brasileira é terreno fértil para a disseminação de reformas, principalmente ligadas a mudanças que afetem diretamente a questão dos Recursos Humanos em Saúde.

Transferir a gestão para entidades privadas e incorporar padrões de administração de pessoal na rede estatal, mais recentemente, faz parte de uma agenda de mudanças. Porém, esse processo é lento e tortuoso, há resistência e certo grau de dificuldade institucional em transferir a delegação de todas às atividades assistenciais.⁶ Vários segmentos da saúde pública brasileira têm se mostrado reticentes à implantação de novos modelos administrativos para comando dos serviços públicos, bem como órgãos de controle e movimentos sociais têm promovido um intenso debate político sobre esse processo.

As novas Parcerias Público Privadas/PPPs são propostas como solução para os problemas financeiros, sugeridas pelos governos de diversas matizes como uma forma eficiente de melhorar a infraestrutura e os serviços. Estudo canadense discute a ampliação do número de PPPs em incontáveis situações.⁷ São várias as promessas e elevadas às expectativas por parte dos governos e agentes privados que passam a realizar parcerias com o setor público com base em outros argumentos. Salienta-se, por exemplo, a capacidade de colocar o risco de certas iniciativas para longe do contribuinte e a mobilização de fundos do setor privado, que resulta em cargas mais baixas da dívida pública, proporcionando maior custo-benefício, face às obrigações de Estado. A transferência de riscos do projeto do setor público para o setor privado é, inclusive, muitas vezes, apontada como a vantagem central de alguns modelos de PPP.

Por meio de mecanismos como contratos de gestão, o Estado brasileiro passa a regular a institucionalização e ingresso de várias modalidades de parceria, com utilização de novos arranjos jurídicos para administração e provisão de serviços públicos de saúde. Esse fenômeno é observado com mais frequência na gestão hospitalar, porém estudos apontam a inserção de outras modalidades de PPP na atenção primária, como exemplos de possibilidades no uso de novos arranjos institucionais para superar dificuldades da administração pública, através da transferência da operação dos serviços de saúde pública para novas figuras jurídicas no país.^{8,9} Somam-se a isso, argumentos de pesquisas mostrando que hospitais administrados em parceria com a iniciativa privada têm maior produtividade.¹⁰

Essa ampliação das PPPs no setor de saúde, apesar de estar ocorrendo em todo o território brasileiro, no Estado de Pernambuco, que apresenta o maior crescimento econômico do país, entre os anos de 2008 e 2011, tem apresentado contornos próprios. O Estado também optou por transferir serviços públicos assistenciais de saúde para a administração de organizações sem fins lucrativos habilitadas, conhecidas como Organizações Sociais da Saúde (OSS), principalmente a partir de 2009.

OBJETIVO

- Analisar as principais motivações apresentadas pelos gestores para a inserção de novos arranjos jurídicos na administração de serviços públicos de saúde em Pernambuco.

MÉTODO

O estudo faz parte da pesquisa << O impacto das Reformas Estruturais no SUS: uma análise compreensiva sobre gasto público, acesso e performance da assistência a saúde de 2006 a 2011 >>, financiada pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), edital PAPES VI. Por fim, salienta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Caece - 0037.0.095.408/11.

Ao averiguarem-se quais as motivações para entrada de novos arranjos jurídicos e as possíveis mudanças que impactaram sobre os Recursos Humanos em Saúde foi realizado um estudo de caso com base nas abordagens quantitativas e qualitativas. Com isso, a pesquisa se utiliza de triangulação metodológica que ajuda a aprimorar a percepção sobre a realidade estudada.

O Estado de Pernambuco possui cerca de 50% de seus serviços públicos de assistência aos usuários do SUS administrados por OSS.¹¹ Com uma população de 8.796.448 habitantes, distribuída nos seus 184 municípios e um distrito estadual, o Estado tem um Plano Diretor de Regionalização que o dividiu em 12 Regiões de Saúde.¹² No atual estudo optou-se por utilizar dados referentes ao período de janeiro de 2007 a novembro de 2013, em virtude das importantes alterações no modelo de gestão da saúde introduzidas nesse período.

Na fase qualitativa do estudo, com o intuito de compreender as razões da escolha do modelo de administração de serviços públicos, foram realizadas entrevistas durante julho e outubro de 2012, com os quatro secretários estaduais de saúde (identificados de S1 a S4, de acordo com a ordem de realização das entrevistas) que estiveram a frente da gestão estadual entre os anos de 2007 e 2013. Os achados qualitativos foram examinados mediante análise de condensação de significados e seguem apresentados a partir de trechos transcritos.¹³

Para análise quantitativa, utilizou-se banco de dados secundário de domínio público: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).¹⁴ Foi realizada uma busca a partir do campo *relatórios*, feita uma investigação em “tipo de prestador”, no estado de Pernambuco, e selecionada a aba “público estadual”. Ademais foram escolhidos todos os serviços assistenciais (Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e similares) que atendem exclusivamente ao SUS e que são administradas por OSS, em um total de 25 (até novembro de 2013).

Em cada um dos equipamentos de saúde verificou-se, no espaço *profissionais*, quantos e quais profissionais eram contratados por intermédio de Organizações Sociais, com ênfase para os médicos. Para o conhecimento do grupo total de trabalhadores vinculados à Secretaria Estadual de Saúde, realizou-se uma verificação a partir do Sistema de Informação do SUS (DATASUS), onde foi investigado o campo *CNES - Recursos Humanos*, a partir de agosto de 2007 - Ocupações classificadas pela CBO 2002, selecionou-se *ocupações em geral* em novembro de 2013. Esses dados foram tabulados a partir do software Excel 2010 e estão apresentados em uma tabela.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A técnica utilizada para análise das entrevistas, evidenciou duas principais motivações para a escolha deste tipo de PPP na administração de serviços públicos de saúde, em Pernambuco: política e administrativa, onde a segunda esteve relacionada aos impactos sobre os recursos humanos em saúde.

♦ Motivação política

No entendimento de alguns autores, regiões e países em desenvolvimento não possuem tanta liberdade e iniciativa na definição de diretrizes políticas, devido à dependência de incentivos externos, seja de organismos internacionais ou até empresas e bancos multinacionais.¹⁵ Esta constatação se contrapõe à idéia de autonomia, natural aos países organizados pelo modelo federativo. Os secretários estaduais de saúde relataram existir uma motivação política, a partir de experiências prévias, que serviram como inspiração para a gestão da saúde em Pernambuco:

[...] então esse é um modelo que trouxemos de São Paulo, as Organizações Sociais de Saúde através de hospitais filantrópicos e de prestadores de serviços [...] o modelo da OSS, a Organização Social de Saúde, que funciona no Sul do país, principalmente em São Paulo, no Paraná, funciona em Minas Gerais.. (S2)

[...] nesse sentido estudamos modelos de vários estados que já tinham implantado as OSS como é o caso de São Paulo e Minas Gerais [...] (S3)

Os gestores, enquanto formuladores de políticas ou tomadores de decisão, podem inspirar-se nos três âmbitos territoriais, ou seja, internacional, nacional e local, para executar uma transferência de políticas. Dentro do mesmo país, como observado nos resultados do presente estudo, a transferência de políticas entre os vários âmbitos de

governo é uma ocorrência comum. No caso de federações, as entidades federadas podem aprender umas com as outras, e, ainda, com o governo central e, inversamente, o governo central pode aprender com os entes federados.¹⁶⁻⁷ É oportuno destacar que os policy-makers podem ser influenciados por conhecimentos não científicos, valores e preferências que podem ser individuais ou do grupo ao qual estão vinculados, assim como relatado por um dos gestores estaduais:

[...] A gente não podia inventar a roda, a gente podia tentar entender e até aprender com os bons resultados e com erros que foram cometidos por outros que implantaram o modelo antes do estado de Pernambuco e nós aprendemos bastante com outros estados [...] (S3)

Por haver alinhamento político entre o governo central e o estadual e a existência de sucesso eleitoral por parte do governo de Pernambuco, aspecto refletido pelo conjunto de votos na última eleição para governo do Estado, essas características políticas internas podem facilitar a transferência política, no país.¹⁸ Uma das primeiras atitudes de um *policy-maker* que está tentando resolver algum problema é buscar os exemplos ou soluções de outras administrações, que servem de norteadoras de suas decisões político-técnico-administrativas, e ampliem a agilidade na construção da política e alcance de resultados. Este fato é decorrente da possibilidade de reduzir o tempo e o custo para o enfrentamento de problemas sociais, os quais geralmente são complexos e de difícil saída. Contudo, o sucesso vai depender da flexibilidade política, do contexto econômico e da ideologia dos atores envolvidos no processo de transferência.¹⁷ Segundo relato de um dos secretários, com a implantação do modelo em Pernambuco, o estado passou a transferir a experiência para outros estados, que poderão utilizar-se do mesmo modelo:

[...] modelo que nós implantamos em Pernambuco avançou tanto que São Paulo posteriormente modificou os seus contratos para se ajustarem ao modelo de Pernambuco, que implantou juntamente com o Ceará, a Bahia [...] (S2)

O modelo de gestão adotado em Pernambuco é uma combinação de diversas políticas de outros estados, que, no entanto, estão retroalimentando aqueles que inspiraram a construção da política.¹⁶ Observa-se que existe motivação política para a expansão desse modelo de gestão de serviços de saúde e um cenário que corroborou para a rápida expansão do modelo baseado em serviços públicos administrados

por OSSs, como pode ser visto na fala dos secretários.

♦ Motivação Administrativa

É exigido pela constituição brasileira que a administração pública seja regida por princípios como: moralidade, impessoalidade, publicidade, eficiência e legalidade. Note-se para alguns autores que, o princípio da legalidade, quando utilizado inadequadamente, é um limitador para a flexibilização administrativa, pois os gestores são autorizados a realizar o que a lei lhes faculta. Sendo assim, os casos omissos podem ser interpretados como falta grave.¹⁹

Num modelo administrativo onde possa haver delegação de responsabilidades, a entidade que tem maior agilidade na resolução de problemas cotidianos pode obter maior êxito na prestação de serviço ao público. A falta de autonomia técnica e administrativa é um dos maiores entraves à administração governamental.²⁰ O estudo apresenta três pontos favoráveis à utilização de mecanismos da iniciativa privada para a contratação de pessoal: maior agilidade na contratação, motivação dos profissionais e maior autonomia do serviço para a definição da política de gestão de pessoas. São algumas vantagens da contratação de profissionais da saúde para aqueles que estão sob contratação do estado: maior fixação profissional e maior publicidade nos processos seletivos, isto é, concursos para provimento de vagas.²¹

Outro grupo de atrativos para a implementação deste modelo foi destacado por parte dos gestores, que relacionaram a expansão do padrão de administração de serviços por OSS a algumas vantagens administrativas, como apresentado a seguir:

[...] os novos (serviços estaduais) ficaram com essa decisão (modelo de administração por OSS) e um ou outro pontualmente quando é uma dificuldade muito grande de recursos humanos. E uma OSS tem como ela uma rede social mais ampla o que facilita contratação (S4)

[...] a presença da OSS muito mais agrega do ponto de vista de gestão e dos resultados [...] (S3)

[...] As OSCIP e as OSS são instrumentos absolutamente eficientes para que nós tenhamos um modelo de gestão e fogem um pouco das amarras da legislação do serviço público, então isso nos dá mais flexibilidade [...] (S2)

[...] lado do gerenciamento, acho que ele tem evoluído, [...] (S1)

Há estudos que discutem que rigidez administrativa pode atrapalhar a gestão de recursos humanos na saúde, dificultar o controle, fiscalização e contratação de

profissionais, sendo este um dos principais problemas enfrentados pelo gestor da saúde.²² E que são citados como motivadores, por parte dos secretários estaduais, para a inserção de empresas como contratantes de recursos humanos da saúde.

O estudo corrobora com o entendimento dos secretários estaduais de saúde de Pernambuco ao apontarem as mudanças decorrentes da inserção de empresas privadas que assumem a responsabilidade pela organização e entrega de cuidados no sistema de saúde inglês, onde os pacientes são beneficiados por serviços melhores e mais bem administrados.²³ Entretanto, uma pesquisa realizada na Índia, não chegou aos mesmos resultados. O país, que participa com cerca de 25% da mortalidade infantil mundial, demonstra que várias são as estratégias utilizadas para a redução desse indicador; uma delas é a realização de PPP para os casos de emergências obstétricas, onde os problemas são deficit de profissionais e de serviços que atendam as demandas das mães, principalmente em áreas rurais que dependam do serviço público. Para amenizar a situação, o governo criou uma estratégia para subsidiar

os partos na rede privada, além de acompanhamento e fiscalização da ação desses serviços. Os resultados desse estudo constataam baixa implementação da parceria, falta de governança por parte do governo, que não cumpria com o seu papel de informar à população e aos parceiros, além de financiar, fiscalizar e avaliar as ações de maneira inadequada, fazendo com que a estratégia, mesmo com um custo maior, e teoricamente mais ágil, não obtivesse sucesso.²⁴

Os benefícios de uma administração privada e os sucessos que podem ocorrer como redução de custos e maior dinamismo.²⁵⁻⁶ Aspectos com os quais outras pesquisas discordam, ao mostrarem trabalhos que evidenciaram haver ampliação dos gastos quando os serviços públicos são administrados pela iniciativa privada.²⁷

Ao se verificar qual a distribuição de Recursos Humanos, se contratados por OSS ou por parte da gestão estadual, observa-se que o novo modelo, iniciado em dezembro de 2009 com a inauguração do primeiro hospital estadual administrado por empresa, possui um contingente relevante de trabalhadores da saúde fazendo parte dos seus quadros.

Tabela 1. Contratos de trabalhadores de saúde intermediados pelo Estado de Pernambuco e por empresa (OSS), novembro de 2013.

	Intermediado por OSS		Intermediado pelo Estado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cargos em Geral	3.558	20,4	13.899	79,6	17.457	100%
Médicos	1.905	24,7	5.801	75,3	7.706	100%
Total	5.463		17.149		25.163	

Fonte: CNES

Quando se analisa a distribuição dos profissionais, e se separa o grupo dos médicos, vinculados à Secretaria de Saúde, observa-se que, dos 25.205 funcionários ligados ao Estado, 7.717 (30,6%) são médicos, e mais de 20% destes, estão atrelados a OSS. Como há uma escassez destes profissionais, um modelo que amplie serviços assistenciais, demandando frações expressivas desta categoria, amplia a problemática enfrentada por municípios que tentem a captação desses para a atenção primária. Estudo apontam que a região brasileira com maior dificuldade de fixação de médicos na atenção primária é a Nordeste, por isso, ao estimular esse tipo de vínculo profissional, o Estado pode enfraquecer a atenção primária em saúde no seu território e nos estados vizinhos.²⁸

Em que pese à carência de profissionais médicos, o governo brasileiro, no ano de 2013, como tentativa de enfrentamento do problema criou o “Programa Mais Médicos”, para ampliar o número de profissionais formados e levar atendimento às regiões sem

atenção médica. Este é um dos principais nós críticos conhecidos para as organizações de saúde e não se trata de uma exclusividade de Pernambuco ou do Brasil, ocorrendo em diversas partes do mundo.²⁹

No presente estudo, fica evidente que há uma estratégia de contratação de empresas para administrar serviços públicos estaduais, seja por razões políticas ou administrativas. Esse fato pode levar a uma precarização do contrato de trabalho e desvalorização do profissional, sendo este um motivo de preocupação levantado por um dos secretários estaduais entrevistados, pois esse modelo de gestão pode reduzir o número de profissionais de carreira no SUS:

[...] evidentemente que você tem que falar do outro lado, o lado dos trabalhadores, o que isso representa para os trabalhadores de saúde, quais as vantagens e desvantagens que podem significar em termos de carreira pública [...] (S1)

Observa-se que, apesar dos recursos humanos em saúde serem uma questão central

para as PPPs, os trabalhadores não protagonizam as discussões e decisões no campo da saúde, devido às características comuns à construção de políticas públicas em países em desenvolvimento, onde o controle social e os maiores interessados na política têm suas vontades reprimidas³⁰, o que pode ser confirmado pela preocupação de um dos secretários. Observa-se que o tema ainda é polêmico e enfrenta diversas resistências, principalmente de órgãos de classe, o que leva a seu crescimento a despeito da participação daqueles que irão implementar as ações, ou seja, os trabalhadores, que ao final do processo são os principais responsáveis por eventuais iatrogenias provocadas por suas práticas ou pelo sistema de saúde.³¹

CONCLUSÕES

Como o estudo apresenta parte de seus resultados baseados nas metodologias quantitativa e qualitativa, podemos ter limitações tanto na subnotificação e registro inadequados nos sistemas de informação oficiais, quanto na falta de resposta de alguma questão da entrevista por parte dos gestores estaduais, fatos esses que são comuns a qualquer estudo que se utiliza dessas fontes de informação.

Observou-se que existe uma expansão desse modelo de gestão, caracterizado por serviços públicos administrados pela iniciativa privada, com PPPs na saúde, em Pernambuco e em outros estados brasileiros. Pesquisas apresentam as razões pelas quais esse modelo vem se expandindo, principalmente em um foco voltado para a problemática administrativa que motivava a implementação de tais mudanças na gestão da saúde. Outros, como o atual, apresentam a falta de profissionais e a rigidez administrativa como mobilizadores para novas alternativas gerenciais. É fato a necessidade do amadurecimento das instituições e a forte governança por parte dos Estados que pretendem se empenhar em trazer inovações entre a gestão pública e a iniciativa privada com, ou sem fins lucrativos.

Os estudos que apresentam as motivações, principalmente políticas, ainda são escassos. A transferência de política passa a ter um destaque no aprofundamento e capilaridade de um modelo de PPP em que os estados passam a administração de serviços públicos para empresas (OSS). Nesse contexto, este estudo se reveste de importância, ao apontar a transferência de política como sendo uma catalisadora desse modelo de gestão no SUS. No entanto, ainda são necessárias pesquisas

que aprofundem tal questão, além de análises que explorem como foi a participação da sociedade na discussão dessa política e os impactos dessa escolha realizada pelo Estado de Pernambuco.

FINANCIAMENTO

Estudo realizado com apoio financeiro do Edital PAPES VI da FIOCRUZ.

REFERÊNCIAS

1. Bresser-Pereira LC: Os três ciclos da sociedade e do estado. In: Escola de Economia de São Paulo: textos para discussão. Edited by Bresser-Pereira LC. São Paulo: FGV; 2012. p. 3-45.
2. Ibañez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Yamamoto EK, Almeida MF, Castro CGJ. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. Ciênc & Saúde Col [Internet]. 2001 [cited 2013 July 3]; 6(2): 391-404. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7010.pdf>
3. Nogueira RP: O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerencia das unidades assistenciais. In: Santos NR, Amarante PDC: Gestão pública e relação público privada no SUS. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p.24 - 47.
4. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev Saúde Publ [Internet]. 2006, [cited 2013 May 10];40:73-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>
5. Portela LE, Teixeira CF: Epidemiologia e gestão de serviços de saúde. In: Barreto ML, Almeida Filho N: Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2011. p. 622 - 630.
6. Landwehr C, Böhm K: Delegation and institutional design in health-care rationing. Governance: Intern J Policy Administr; 2011 [cited 2013 May 11];24(4):665-88. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0491.2011.01542.x/abstract>
7. Whiteside H. Unhealthy policy: the political economy of Canadian public-private partnership hospitals. Health Sociol Rev. 2011 [cited 2013 may 21];20(3):258-68. Available from: <http://hsr.e-contentmanagement.com/archives/vol/20/issue/3/article/4325/unhealthy-policy>
8. Pal R, Pal S: Primary health care and public-private partnership: an indian perspective. Annals Trop Med Publ Health

[Internet]. 2009, [cited 2013 sep 04] 2(2): 46; Available from: <http://www.atmph.org/article.asp?issn=1755-6783;year=2009;volume=2;issue=2;spage=46;epage=52;aualast=Pal>

9. Ahmed F; Nisar N: Public-private partnership scenario in the health care system of Pakistan/Projet de partenariat public-privé dans le système de santé du Pakistan. East Mediterr Health J [Internet]. 2010, [cited 2013 Aug 13];16(8):910. D Available from: http://applications.emro.who.int/emhj/V16/08/16_8_2010_0910_0912.pdf

10. Costa NR: A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. Ciênc Saúde Col [Internet]. 2009 [cited 2013 may 10];14(3):693-706. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/02.pdf>

11. Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde. Relatório tipo de prestador [cited 2014 Jan 04]. Available from: www.cnes.datasus.gov.br

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 04]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe>

13. Kvale, S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage; 1996.

14. Sistema de Informação do SUS. Rede assistencial -Recursos Humanos em Saúde - ocupações a partir de 2002 [acesso em 2014 Jan 4]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/proc02pe.def>

15. Court J, Young J. Bridging research and policy: insights from 50 case studies, ODI Working Paper [Internet]. 2003 [cited 2013 May 10] : 213. Available from: <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/180.pdf>

16. Dolowitz DP, Marsh D: Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. Governance: Intern J Policy Administr [Internet]. 2000 [cited 2013 may 10];13(1):5-24. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/0952-1895.00121/abstract> doi: 10.1111/0952-1895.00121

17. Turgeon J, Gagnon F, Michaud M, Tremblay S: Policy transfer and health impact assessment [Internet]. Quebec, 2008 [cited 2013 oct 2]. Available from: Available from: http://www.gepps.enap.ca/gepps/docs/englishpublications/pt_vf20fev09ang2.pdf

18. Stone D: Transfer agents and global networks in the “transnationalization” of

policy. J Eur Publ Policy [Internet]. 2004 [cited 2013 Oct 2];11(3):545-66. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/013501760410001694291?journalCode=rjpp20>

19. Paim JP, Mota E. Epidemiologia e planejamento em saúde. In: Barreto ML, Almeida Filho N: Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 616-20.

20. Medeiros KR, Tavares RAW: Questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde: em foco, a Lei de Responsabilidade Fiscal. Divulg Saúde Debate. 2012 (47):56-64.

21. Morici MC, Barbosa ACQ. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. Rev Adm Públ [Internet]. 2013 [cited em 2013 Nov 20];47(1):205-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v47n1/v47n1a09.pdf>

22. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T: O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc IMS/UERJ; 2011. p. 103-16.

23. Waring J, Bishop S: Healthcare identities at the crossroads of service modernisation: the transfer of NHS clinicians to the independent sector? Sociol Health & Illness [Internet]. 2011 [cited 2013 Apr 10];33(5):661-76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21314688> doi: 10.1111/j.1467-9566.2010.01311.x

24. Chaturvedi S, Bharat R: Public private partnerships for emergency obstetric care: Lessons from Maharashtra. Indian J Commun Med [Internet]. 2011 [cited 2013 may 10];36(1):21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104703/> doi: 10.4103/0970-0218.80788.

25. Nayani P, White F, Nanan D. Public-private partnership as a success factor for health systems. Med Today [Internet]. 2006 [cited 2013 May 10];4(4):135-42. Available from: <http://www.medicinetoday.com.pk/pdf/oct-dec2006/Public-Private%20Partnership.pdf>

26. Nikolic IA, Maikisch H: Public-private partnerships and collaboration in the health sector. An overview with case studies from recent European experience. Health, Nutrition, and Population: Family discussion paper. Washington: World Bank Human Development Network; 2006 [cited 2013 aug 3]. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/INTECARE>

GTOPHEANUT/Resources/HNPDiscussionSeriesPPPPaper.pdf

27. Whiteside H. Unhealthy policy: the political economy of Canadian public-private partnership hospitals. *Health Sociol Rev* [Internet] 2011 [cited 2013 Dec 6];20(3):258-68. Available from:

<http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=949960068615035;res=IELHEA>>

28. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Maas LWD, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: um estudo exploratório no âmbito da atenção primária, In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T: O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc IMS/UERJ; 2011. p. 171-82.

29. Chaudhury N, Hammer K, Kremer, M; Muralidharan K, Rogers FK: Missing in action : Teacher and Health. *J econ Persp* [Internet]. 2006 [cited 2013 Aug 3];20(1):91-116. Available from:

<http://www.hks.harvard.edu/pepg/PDF/even ts/MPSPE/PEPG-05-14kremer.pdf>

30. Santos FAS, Sousa IMC, Gurgel IGD, Bezerra AFB, Barros NFB. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2011 [cited 2013 Aug 3];45(6):1154-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600018 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000600018>

31. Melo C, Dantas R, Carneiro G, Silva P, Silva P, Maria R.. The perception of managers regarding health care risks and tools used in the process of management. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2012 Nov [cited 2014 Jan 2];6(12):2893-903 Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3494>

Submissão: 05/01/2014

Aceito: 06/03/2014

Publicado: 15/07/2014

Correspondência

Francisco de Assis da Silva Santos
Faculdade ASCES
Curso de Graduação em Saúde Coletiva
(Campus 2)
Avenida Portugal, 584
Bairro Universitário-
CEP 55016-901 – Caruaru (PE) Brasil