

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

MATEUS CACHOEIRA SILVEIRA

TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA EM JOINVILLE/SC: Fatores
Motivadores Na Perspectiva De Atores Sociais Locais

Joinville

2025

MATEUS CACHOEIRA SILVEIRA

TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA EM JOINVILLE/SC:
Fatores Motivadores Na Perspectiva De Atores Sociais Locais

Monografia apresentada ao curso superior de tecnologia em gestão hospitalar do campus Joinville do Instituto Federal de Santa Catarina para a obtenção do diploma de gestor hospitalar.

Orientador: Profº Dr. Jorge Cunha

Joinville
2025

Silveira, Mateus Cachoeira.

Terceirização da gestão hospitalar pública em Joinville/SC: fatores motivadores na perspectiva de atores sociais locais / Mateus Cachoeira Silveira.
- Joinville, SC, 2025.

97 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville, 2025.

Orientador: Jorge Cunha.

1. Organizações sociais. 2. Gestão. 3. Terceirização. II. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. IV. Título.

MATEUS CACHOEIRA SILVEIRA

TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA EM JOINVILLE/SC:
Fatores Motivadores Na Perspectiva De Atores Sociais Locais

Monografia apresentada ao curso de gestão hospitalar do Instituto Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de tecnólogo em 2025.

Área de concentração: 60203005

JOINVILLE, 02 DE DEZEMBRO DE 2025.

Dr. Jorge Cunha

Dra. Andrea Heidemann

Dr. Marcos Aurélio Schwede

Dedico este trabalho a meus pais, que tanto me apoiaram na busca pela educação, se não fosse por eles não seria capaz de concluir o ensino superior que tanto almejei.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que desde de pequeno incentiva a minha caminhada na educação, e também buscar por desenvolver-se e almejar cada vez mais conquistas no âmbito acadêmico e profissional. Só foi possível finalizar a graduação com seu apoio e carinho durante toda minha trajetória.

À meu pai, que de forma igual à minha mãe, contribuiu para que pudesse trilhar o ensino superior, tornando-a numa jornada que só foi possível graças ao seu apoio e carinho.

Ao meu orientador neste trabalho de conclusão de curso, apenas com seus esforços e conhecimentos foi possível desenvolver este estudo, do qual me orgulho poder compartilhar com um professor tão detalhista e participativo.

A todos os professores que até neste momento do curso contribuíram de certa forma no desenvolvimento desta monografia, em especial as professoras Andrea e Giselle, deixo aqui meus agradecimentos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das fases da licitação, com base no artigo 17º da lei nº 14.133 21	
Figura 2 - Roteiro metodológico	35
Figura 3 - Caracterização da pesquisa.	38
Figura 4 - Fluxograma sobre coleta de dados em análise documental	40
Figura 5 - Exemplo de busca com operadores booleanos e descritores propostos.	42
Figura 6 - Critérios de Inclusão e Exclusão	43
Figura 7 - Fluxograma processo de coleta de dados utilizados	45
Figura 8 - Etapas de análise	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Categorias de análise x frequência	54
Gráfico 2 - Distribuição frequência de códigos a favor e contra	55
Gráfico 3 - Gestão/eficiência a favor em Sankey	59
Gráfico 4 - Burocracia excessiva Sankey	62
Gráfico 5 - atores Contra a Terceirização	64
Gráfico 6 - Categorias de Análise Contra a Terceirização	65
Gráfico 7 - Gestão/eficiência (Contra) Sankey	67
Gráfico 8 - Gestão de Pessoas Sankey	71
Gráfico 9 - Governança	74
Gráfico 10 - Corrupção nas OSS X atores	77
Gráfico 11 - Motivação políticas/ideológicas	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fases da licitação, com base no artigo 17º da lei 14.133/2021.	23
Quadro 2 - Definições das modalidades de licitação conforme a lei nº 14.133/2021.	25
Quadro 3 - Registro Documental	47
Quadro 4 - Identificação dos atores e gestores encontrados	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Categorias de análise	52
Tabela 2 - Fatores motivadores a favor da terceirização	55
Tabela 3 - Gestão/eficiência (a favor)	55
Tabela 4 - Burocracia excessiva	59
Tabela 3 - Fatores Motivadores Contra a Terceirização	62
Tabela 4 - Gestão Eficiência (Contra)	64
Tabela 5 - Gestão de Pessoas	68
Tabela 6 - Governança (Contra)	71
Tabela 7 - Corrupção nas OSS	74
Tabela 8 - Motivação política/ideológica	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde
CF - Constituição Federal
CEO - Centro de Especialidades Odontológica
ESF - Estratégia da Saúde da Família
FAEC - Fundo das Ações Estratégicas e Compensação
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FNS - Fundo Nacional de Saúde
HIJAF - Hospital Infantil Jeser Amarante Faria
HMTJ - Hospital Maternidade Therezinha de Jesus
IAPI - Incentivo de Assistência a População Indígena
INTEGRASUS - Incentivo de Integração do Sistema Único de Saúde
MAC - Média e Alta Complexidade
MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado
MS - Ministério da Saúde
NGP - Nova Gestão Pública
NOAS - Normas Operacionais da Atenção à Saúde
OS - Organizações Sociais
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS - Organizações Sociais de Saúde
PDRAE - Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PPP - Parceria Público Privada
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RS - Rio Grande do Sul
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES-RJ - Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SS - Saúde Suplementar
SUS - Sistema Único de Saúde
TCE-SP - Tribunal de Contas do Estado de São Paulo
TCU - Tribunal de Contas da União
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

RESUMO

A gestão dos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) é alvo de discussões sobre a adequação de seu modelo de administração. Neste contexto, a terceirização, viabilizada pelos Contratos de Gestão com Organizações Sociais (OS), é levantada como uma resposta às necessidades do sistema. O modelo, que tem suas raízes na Reforma Gerencial de 1998, tornou-se palco de discussões sobre qual é o modelo mais adequado para o hospital municipal de Joinville. Com isso, o presente estudo realizou uma análise documental, investigando as perspectivas dos atores sociais envolvidos na discussão do tema no município, a fim de identificar os fatores motivadores a favor e contra a terceirização da gestão hospitalar. Através das análises qualitativas, foi identificada uma polarização na discussão. O eixo de apoio ao modelo terceirizado, predominante entre atores governamentais, aponta benefícios como a melhoria da eficiência e a flexibilidade da gestão, fundamentando-se nos princípios da administração privada. Em contrapartida, o eixo de críticas apresentou um ciclo de risco que envolve a motivação de ideologia política neoliberal, o que resulta em preocupações sobre a precarização laboral, o enfraquecimento da governança e o alto risco de corrupção e fraude decorrente de falhas estruturais na fiscalização.

Palavras-chave: Organizações Sociais. Gestão. Terceirização.

ABSTRACT

The management of hospitals within the Unified Health System (SUS) is the subject of discussions regarding the adequacy of its administration model. In this context, outsourcing, enabled by Management Contracts with Social Organizations (OS), is raised as a response to the system's needs. The model, which has its roots in the 1998 Managerial Reform, has become the focus of debates about the most suitable model for the municipal hospital in Joinville. Accordingly, this study conducted a documentary analysis, investigating the perspectives of the social actors involved in discussing the issue in the municipality, in order to identify the motivating factors for and against the outsourcing of hospital management. Through qualitative analysis, a polarization in the discussion was identified. The support axis for the outsourced model, predominant among government actors, highlights benefits such as improved efficiency and management flexibility, based on the principles of private administration. In contrast, the critical axis presented a cycle of risk involving the motivation of neoliberal political ideology, which leads to concerns about labor precarization, weakened governance, and a high risk of corruption and fraud resulting from structural failures in oversight.

Key Words: Social Organizations. Management. Outsourcing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Justificativa	14
1.2 Pergunta-Problema	14
1.3 Objetivo Geral	15
1.4 Objetivos Específicos	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 Sistema Único De Saúde	16
2.2 Terceirização	18
2.3 Organizações Sociais E Organizações Da Sociedade Civil De Interesse Público	27
2.4 Hospitais Da Administração Direta E De Gestão Terceirizada	30
3 METODOLOGIA	35
3.1 Classificações	35
3.2 Locus Da Pesquisa	38
3.3 Coleta De Dados	39
3.4 Análise Dos Dados	48
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
4.1 Fatores Motivadores À Favor da Terceirização da Gestão Hospitalar	54
4.1.1 Gestão e eficiência na gestão terceirizada	55
4.1.2 Burocracia excessiva na gestão direta	59
4.2 Fatores Motivadores Contra a Terceirização da Gestão Hospitalar	62
4.2.1 Gestão e eficiência na gestão terceirizada	64
4.2.2 Gestão de Pessoas na Gestão Terceirizada	67
4.2.3 Governança	71
4.2.4 Corrupção nas OSS	74
4.2.5 Motivações políticas e ideológicas	77
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
6 REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE A - MODELO DE ROTEIRO PARA REGISTRO DA COLETA DE	

DADOS	91
APÊNDICE B - DESCRITORES UTILIZADOS PARA PESQUISA NA FERRAMENTA DE BUSCA	92

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, antes da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde pública era de cunho previdenciário, quando o acesso aos serviços médico-hospitalares era restrito aos trabalhadores formalmente empregados, que contribuíam para a previdência social. Ao longo dos anos, esse sistema gerou críticas de profissionais na área de saúde e movimentos sociais, que apontavam para a exclusão criada pelo sistema com parte significativa da população, geralmente periféricos e pessoas em situação de vulnerabilidade (Abrão, Abrão e Mathias, 2024).

Essas críticas motivaram a criação de um movimento social, conhecido como Reforma Sanitária ou Movimento Sanitarista, com a adesão de diversos segmentos da população, especialmente aqueles relacionados à medicina preventiva, ativistas e outros membros da sociedade civil. Tal movimento demandava que a saúde fosse direito humano e, que para seu cumprimento, fosse elaborado um sistema de saúde universal, de modo que qualquer pessoa em solo brasileiro tenha direito de receber atendimento (Paim, 2008).

Conseqüentemente, na 8ª Conferência Nacional de Saúde¹, em Brasília, em 1986, logo após o fim da Ditadura Militar, foi debatido o tema da saúde pública, e entre as propostas discutidas estava a criação de um novo sistema de saúde a vir substituir o sistema então vigente. Este novo sistema, elaborado a partir dos ideais do Movimento Sanitarista, deve então, ter ênfase nas práticas da medicina preventiva, e atender a princípios de universalidade, integralidade, gestão descentralizada a estados e municípios - gestão diversa daquela época, em que a

¹ As Conferências Nacionais de Saúde constituem-se como um amplo fórum de debates com pessoas da sociedade civil e representantes governamentais, sendo um espaço democrático para discussão e construção das políticas públicas de saúde. Sua oitava edição, ocorrida em 1986, em Brasília, foi situada num tempo de pós-ditadura e reconstrução do Estado, sendo considerada como um marco histórico destas conferências, sendo a primeira edição com a participação da sociedade civil, e também serviu de base para o setor saúde da constituição federal de 1988 (Conselho Nacional de Saúde, 20-?)

gestão dos serviços de saúde era do âmbito federal - e hierarquização dos serviços² (Abrão, Abrão e Mathias, 2024; Costa *et al*, 2013).

A discussão desse tema na conferência em tempos de reestruturação e a elaboração de uma nova constituição, fez que aumentasse a possibilidade de tornar concreto os ideais que foram desenvolvidos pelo Movimento Sanitarista, de tal forma que o relatório final da 8ª Conferência serviu de base para a construção da próxima constituição. Com isto, na Constituição Federal de 1988 (CF/88), foi consagrado o direito à saúde como direito social (Paim, 2008). Desta maneira, a assistência à saúde passou a ser direito constitucional garantido pelo artigo 196 da Constituição, nele sendo disposto que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado, podendo este prestar serviços diretamente ou através de terceiros (Brasil, 1988).

Conseqüentemente, é promulgada a Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990, reafirmando o direito à saúde do cidadão e a obrigação do Estado de executar ações e serviços de assistência, criando-se assim o Sistema Único de Saúde (SUS). A lei 8.142/1991 a complementa, detalhando como se executará o controle social e repasses intergovernamentais. Com isso, é regulamentado todo um arcabouço da saúde pública com base nos princípios da universalidade e integralidade no atendimento, descentralização e hierarquização da gestão dos serviços, que irá diretamente prestar serviços à população (Brasil, 1990a; Brasil 1990b).

Entretanto, não foi determinada pela lei que o Estado, exclusivamente, deve realizar a prestação destes serviços à população, podendo a administração pública recorrer à Saúde Suplementar (SS) para prover serviços que aquela pode não ter capacidade, dentro do SUS, de prestar (Brasil, 1990a). Nestes casos, o Estado pode, por meio de pessoa física ou jurídica, contratar os serviços da Saúde Suplementar para manter o princípio da integralidade do sistema (Brasil, 1990a).

A execução desses serviços públicos pode ser feita diretamente, quando o Estado realiza a prestação do serviço, ou indiretamente, quando um terceiro os executa (Santos, 2014). Em relação à prestação indireta, Santos (2014) a divide em dois tipos de execução: o primeiro sendo a delegação dos serviços públicos à iniciativa privada, com o Estado mantendo-se como titular, devendo a contratada

² Hierarquização dos serviços no SUS é a divisão dos serviços de saúde em diferentes complexidades, de baixa à alta, sendo a atenção primária representada pelas UBSs - unidade básica de saúde - e outras ações de prevenção e preservação da saúde, e o nível mais complexo representado pelo hospital. A hierarquização destes serviços orienta a estruturação dos serviços de saúde em diferentes esferas governamentais, delegando as competências a cada uma delas dentro do sistema (Brasil, 1990a).

prestar os serviços em prol da população. Já o segundo tipo é a terceirização, situação na qual a organização contratada executa seus serviços visando lucro.

Contudo, a delegação da gestão dos serviços de saúde tem sido paulatinamente concedida a Organizações Sociais (OS) e/ou Organizações Sociais de Saúde (OSS). As OS e OSS são previstas pela lei 9.637/1998, que as classifica como entidades sem fins lucrativos - diferentemente das entidades terceirizadas num contexto de terceirização tradicional, que preveem o lucro - que prestam serviços e geram incentivos à saúde, educação, proteção ambiental, dentre outros. Essas organizações prestam serviços ao Estado através de contratos de gestão, situação na qual a máquina pública fica sob gerência da OS ou OSS, e em contrapartida, estas devem prestar contas ao Estado conforme estabelecido pela legislação (Brasil, 1998).

Concomitantemente à criação do SUS, observa-se os avanços dos ideais do neoliberalismo econômico no Estado, arquitetando um desmonte da gestão direta dos serviços públicos. Esses ideais visam um Estado mínimo que deve focar em áreas prioritárias, enquanto incentiva a ação da iniciativa privada na gestão pública (Shimizu e Veronezi, 2020). Portanto, torna-se relevante pesquisar em profundidade porquê este fenômeno tem se manifestado na saúde pública, compreendendo as causas que levam os atuais governos e atores sociais na saúde pública a recorrerem a terceirização.

Adentrando nos efeitos deste fenômeno, no Brasil, a terceirização dos serviços e órgãos públicos frequentemente vem acompanhada com críticas de diversas esferas da sociedade, principalmente no que tange à precarização do trabalho. Diversos estudos sobre os efeitos da concessão da gestão na saúde pública, como o de Druck (2016) e Costa *et al* (2013), tem unanimidade sobre como a terceirização tem tido relação direta com condições mais precárias de trabalho, sendo por cargas horárias mais extensas até a remuneração reduzida (Druck, 2016).

Em contrapartida, a terceirização impulsiona os esforços dentro da organização terceirizada para desenvolvimento de competências que são críticas a gestão, bem como divide esses esforços para alavancar recursos e conferir a necessária flexibilidade para que a administração possa desenvolver a si mesmo (Guimarães e Carvalho, 2012).

Para Guimarães e Carvalho (2012), a terceirização evidencia benefícios para a implementação desse modelo de gestão, que são a redução de custos, mitigação dos riscos, operação de mudanças rápidas sem comprometer recursos internos.

Um caso bem sucedido desta estratégia pode ser observado em um estudo apresentado por Costa *et al* (2021), no qual foi possível observar a expansão da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no município de Rio de Janeiro ao analisar a implantação da terceirização da gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) por OSS na cidade, durante o governo do prefeito Eduardo Paes (2009-2016). A terceirização conferiu à APS maior flexibilidade na execução dos serviços, facilitando essa expansão e aumentando a cobertura da ESF na cidade. Por seu turno, a secretaria municipal de saúde da cidade estabeleceu fiscais de contrato, que constantemente observavam indicadores e exigiam outras informações referentes ao desempenho da OSS na APS no município.

No entanto, o governo sucessor suspendeu todas políticas de gestão por OSS na APS, que reduziu drasticamente a abrangência da ESF, e as colocou sob gestão de empresa pública, que de acordo com os mesmos autores, fragilizou a ESF no município e reduziu a produção de procedimentos de APS (Costa *et al*, 2021).

Por outro lado, pode-se apontar casos não tão bem sucedidos e que inclusive apontam para fragilidades no sistema de controle dessas organizações sociais, como o desvio de verbas por uma OS em Itapoá, flagrado por uma operação do Ministério Público nomeada de “Duas Caras”. Nesta operação, foi investigada que a Organização Social que gerencia a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da cidade, teria movimentado de forma irregular mais de R\$1,6 bilhão em recursos públicos destinados à saúde em diversos estados, inclusive Santa Catarina (Gusso, 2025).

Contudo, torna-se relevante compreender quais seriam as perspectivas dos atores sociais envolvidos nesse processo de terceirização, a fim de entender os diferentes apontamentos que determinam o porquê de tal modelo de gestão ser adequado às unidades de saúde pública. E, por atores sociais, entende-se, de acordo com Oliveira (2019, p.89), “a indivíduos ou grupos que ocupam posições estratégicas dentro de um sistema e se envolvem em processos de tomada de decisão, articulação de interesses, negociações, alianças e conflitos”. No contexto deste estudo, compreende-se aqueles que em alguma esfera da sociedade se relacionam diretamente com o tema. Neste sentido, podem então ser atores que

atuam com sindicância no município, atores que estejam envolvidos na gestão da saúde pública, ou atores da sociedade civil que apresentam perspectivas perante ao tema utilizando dos espaços de controle social da saúde pública, como um ator “externo” (Adorno, 1992).

1.1 Justificativa

Diante das informações discutidas referentes a terceirização, e considerando o debate acerca desse fenômeno se tornando cada vez mais amplo e frequente nas esferas governamentais, em especial em Joinville, cidade localizada na região nordeste de Santa Catarina. Considerando também que a assistência à saúde e a administração destes serviços são serviços pertinentes, uma vez que buscam atender o direito social à saúde. Busca-se neste estudo verificar as perspectivas dos gestores na saúde pública deste município a recorrer a terceirização da gestão de hospitais públicos, tendo portanto esta cidade como lócus da pesquisa.

A pesquisa pretende, assim, contribuir para os debates atuais sobre a possível terceirização da gestão de um hospital municipal em Joinville, apresentando análises fundamentadas que qualifiquem o processo decisório local. Consequentemente, procura-se contribuir para esse debate pois julga-se que este estudo tem a potencialidade de apresentar análises pertinentes acerca da questão.

1.2 Pergunta-Problema

Portanto, define-se a pergunta-problema para o presente estudo como: quais são os fatores motivadores para a terceirização da gestão hospitalar de hospitais públicos em Joinville, nas perspectivas dos atores sociais locais?

1.3 Objetivo Geral

Investigar, a partir das perspectivas dos atores sociais governamentais e não governamentais, os fatores motivadores para a terceirização da gestão hospitalar em Joinville.

1.4 Objetivos Específicos

1. Identificar as perspectivas, levantadas por gestores e atores sociais na saúde pública de Joinville, acerca da motivação a terceirização da gestão hospitalar;
2. Classificar, a partir das perspectivas, as motivações atribuídas a terceirização segundo categorias temáticas recorrentes nos relatos analisados;
3. Analisar os fatores atribuídos a terceirização da gestão.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A presente fundamentação teórica compreende temas que serviram de base para análise dos resultados nos capítulos a seguir. Com isso, essa se divide em quatro subcapítulos: Sistema Único de Saúde, Terceirização, Organizações Sociais e Hospitais da Administração Direta e da Gestão Terceirizada.

2.1 Sistema Único De Saúde

A saúde pública conforme é concebida atualmente é fruto de diversos esforços sociopolíticos que contribuíram para sua implementação. Isto se deve ao fato de que, anteriormente ao SUS, o sistema de saúde pública no Brasil era previdenciário, ou seja, aqueles que contribuíram por meio do exercício de atividade remunerada formal tinham acesso aos serviços do sistema de saúde providenciados pelo governo. Esse sistema era executado pelo setor privado, de modo que durante a Ditadura Militar (1964-1985), o financiamento público para a saúde pública era canalizado a essas instituições privadas, que auxiliaram a consolidar a indústria médica no Brasil (Faletti, 2010).

O sistema previdenciário, por mais que cobrisse uma parcela da população, abandonou grande parte desta, ora por não ter grande cobertura territorial, acarretando que diversas localidades não dispusessem de serviços públicos de saúde, ora porque tais indivíduos não contribuíram com o sistema, como os desempregados, população periférica e rural (Faletti, 2010). Esse sistema, fortemente orientado pelo modelo médico hospitalar, centrado na intervenção curativa, hospitalocêntrica e fragmentada, também enfrentou diversos problemas que levaram à crise do setor, como os altos custos hospitalares decorrentes desse modelo dos serviços de saúde, a baixa eficiência médica das organizações hospitalares, e a cobertura insatisfatória desses serviços para a demanda da população (Paim, 2008).

Em meio à crise, em meados da década de 1970, durante a Ditadura Militar, surgiram grupos na área da saúde organizados que deram nome ao que hoje conhecemos como o Movimento Sanitarista. Este movimento surge como resposta à crise da saúde no Brasil, e buscou por melhorias na saúde, bem como trocar o modelo médico hospitalar predominante pela medicina social e da família - baseado

na medicina preventiva e de sociedade, que beneficie todas as camadas sociais e considere a concepção ampliada do processo saúde-doença na elaboração e execução das políticas públicas de saúde (Paim, 2008; Abrão, Abrão e Mathias, 2024).

Conseqüentemente, esse movimento resultou que na 8ª Conferência Nacional de Saúde - frequentemente considerada marco histórico na saúde pública do Brasil - fosse debatida entre as diversas propostas, a saúde como direito fundamental e a necessidade de um sistema de saúde público universal, que assegure acesso integral à saúde, sem discriminação social, ambiental ou econômica. Além disso, esse sistema abordaria a medicina preventiva, com ações de promoção da saúde, em contrapartida do sistema até aquele momento vigente e impulsionado pela Ditadura Militar, que tinha como predominante o modelo médico hospitalar (Abrão, Abrão e Mathias, 2024; Faletti, 2010).

Como efeito do fim da ditadura e o país em processo de reorganização, houve espaço para que as demandas do Movimento Sanitarista, que refletiram na 8ª conferência nacional de saúde, fossem concretizadas na Constituição de 1988, criando o Sistema Único de Saúde. Dessa maneira, o artigo 196 da CF/88 afirma que a assistência à saúde é direito constitucional, nele sendo disposto que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado, e deve ser garantido por meio de políticas públicas que visem a prevenção ou redução do agravo à saúde, devendo o Estado oferecer o acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

Além disso, a constituição de 1988, na seção "Saúde", estabelece diretrizes e princípios pelos quais o sistema deve ser regido, como a regionalização e hierarquização de serviços, a gestão descentralizada, a integralidade dos serviços e o controle social (Brasil, 1988).

Com a promulgação da CF/88, em 1990, entrou em vigor a Lei Orgânica da Saúde, a lei nº 8.080/1990, que norteou a então implementação do SUS no país, reafirmando princípios e diretrizes, e detalhadamente especificando o que deve ser prestado e como os serviços de assistência devem ser executados neste sistema. No entanto, a execução dos serviços de saúde não é exclusiva do Estado, podendo inclusive às organizações privadas de saúde prestarem serviços para usuários da rede pública. Com isto em mente, discute-se a terceirização, modo o qual o Estado,

que provê os serviços públicos, pode repassar a outro ente a execução desses serviços (Brasil, 1990a).

2.2 Terceirização

No SUS, a execução dos serviços de saúde não é exclusiva do Estado, podendo o governo mediante contrato de direito público ou convênio, contratar na iniciativa privada prestadores de serviços. A permissão para a iniciativa privada prestar esses serviços é prevista na Constituição Federal de 1988, nos artigos 197 e 199, os quais determinam que a Saúde Suplementar pode atuar no SUS de maneira complementar. Em outras palavras, não virá a substituir a prestação do serviço da gestão direta, mas irá atuar de maneira a complementar a gama de serviços ofertados pelo sistema, de forma terceirizada (Kruger e Reis, 2019).

No entanto, quando uma região não dispõe de recursos ou infraestrutura dentro da rede pública, capaz de atender os usuários integralmente, a administração direta pode contratar, do ente privado, serviços para a população a fim de complementar o sistema público. Em outras palavras, a gestão pública terceiriza serviços quando não os dispôr na rede pública, tendo o ente privado como complementação da rede pública, para satisfazer as necessidades do SUS (Brasil, 1990a; Santos, 2014).

Desta maneira, o ente privado pode então atuar na área da saúde, tanto em benefício próprio - como a venda de serviços direto ao usuário de forma particular - como pode atuar vendendo seus serviços para a rede pública em caráter complementar, através das licitações, a serem discutidas mais à frente (Brasil, 1990a).

Dessa maneira, a terceirização se refere à transferência da execução de serviços da gestão direta para a iniciativa privada. Em outras palavras, o Estado irá passar a uma entidade privada, mediante contrato de prestação de serviços, a atividade antes executada pelo Estado (Peroni, 2020). De acordo com Santos (2014), existem duas modalidades para a execução indireta desses serviços: a primeira é a delegação dos serviços públicos, e a segunda a terceirização de serviços.

A primeira modalidade refere-se a delegação da execução do serviço da gestão indireta para a gestão privada. Nesta modalidade, o governo transfere a

execução da gestão do serviço antes prestado por ele, para uma organização de direito privado. Desta maneira, toda a estrutura e serviços continuam sendo públicos, mas quem os administra é uma organização privada contratada pelo governo, com fim de atender a população em geral (Santos, 2014).

Já a segunda modalidade é a terceirização dos serviços que, diferentemente da modalidade anterior, tem através da terceirização dos serviços o objetivo de beneficiar a própria administração pública, buscando dinamizar a gestão das atividades dentro das unidades da gestão direta (Santos, 2014; Silva, Silva e Silva, 2017).

Desta forma, para que as contratações ocorram na administração pública, é inafastável a obrigatoriedade do governo escolher o prestador de serviço via licitação. De acordo com Calasans Junior (2021), a licitação é o envolvimento, de um lado, de um interesse do Estado em adquirir produto ou serviço, a fim de satisfazer suas necessidades. E do outro lado, a apresentação de uma proposta, por parte interessada em realizar tais atividades que o Estado deseja.

Para Mello, a licitação

é o procedimento administrativo pelo qual uma pessoa governamental, pretendendo alienar, adquirir ou locar bens, realizar obras ou serviços, segundo condições por ela estipuladas previamente, convoca interessados na apresentação de propostas, a fim de selecionar a que se revele mais conveniente em função de parâmetros antecipadamente estabelecidos e divulgados (Calasans Junior, 2021, p. 24 *apud* Mello, 1980, p. 1).

Deste modo, as licitações objetivam o melhor proveito dos recursos, a partir da seleção do licitante - empresa concorrente em licitação - cuja proposta seja a mais vantajosa para a administração pública, com base em critérios que essa definir para o produto ou serviço desejado (Calasans Junior, 2021 *apud* Mello, 1980).

Atualmente o processo licitatório é redigido com base na lei nº 14.133/2021, chamada também de lei de licitações e contratos administrativos, substituindo a então lei nº 8.666/1993, que determinou a maneira que todos os entes da federação podem adquirir produtos e serviços (Brasil, 1993; Brasil, 2021).

Ambas as leis, e incrementado na 14.133/2021, é obrigatório que as licitações respeitem objetivos previstos, atualmente no artigo quinto, sendo: a escolha da proposta mais vantajosa à administração pública; o tratamento isonômico entre os

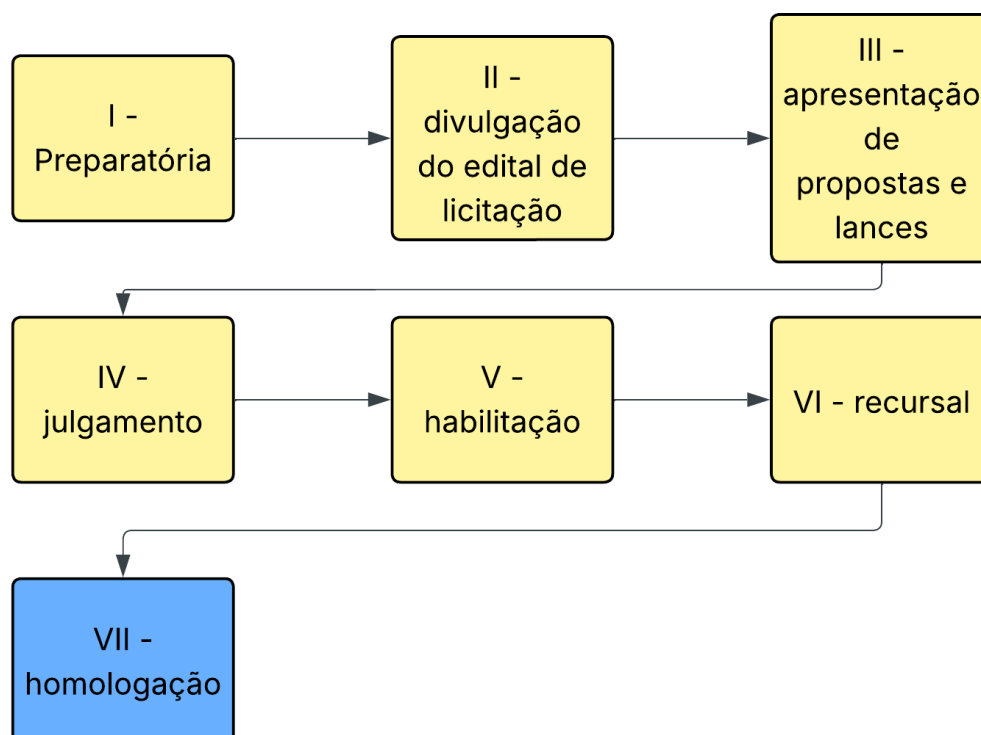
participantes; evitar superfaturamento e sobrepreço nas compras e contratações e; o incentivo à práticas sustentáveis (Brasil, 1993).

Vale ressaltar que as licitações ocorrem quando o ente governamental, não consegue satisfazer suas demandas dentro do âmbito público. A partir dessa necessidade, ela deve então realizar a identificação dessa demanda com o seu detalhamento que justifique a necessidade de agente externo para a prestação de serviço para o ente público (Calasans Junior, 2021).

Ademais, o processo licitatório se desenvolve em dois momentos. O primeiro constitui as etapas preliminares do processo, com a identificação da demanda do ente público, o detalhamento do serviço ou produto a melhor atendê-lo e a elaboração do edital para licitação. E o segundo momento constitui-se do recebimento das propostas dos agentes econômicos interessados e a posterior contratação, pela administração pública, da melhor proposta com base em critérios definidos pela administração (Calasans Junior, 2021).

Para então atuação das licitações, de modo a cumprir os princípios e objetivos dispostos nos artigos, consecutivamente, quinto e décimo primeiro da lei, o artigo décimo sétimo irá dispor das fases para realização do processo, adaptados na figura 1 e quadro 1.

Figura 1 - Fluxograma das fases da licitação, com base no artigo 17º da lei nº 14.133



Fonte: adaptado de Brasil (2021)

Quadro 1 - Fases da licitação, com base no artigo 17º da lei 14.133/2021.

FASES	DETALHES
I - Preparatório;	Nesta fase, o ente público realiza os estudos que identifiquem a necessidade de compra ou contratação externa, bem como planejam e elaboram todos os documentos e textos para o edital.
II - Divulgação do edital;	Nesta fase o ente público publica o edital, bem como documentos e manutenção de todo o processo da licitação no Portal Nacional de Contratações Públicas.
III - Apresentação de propostas e lances;	Nesta fase é apresentada as propostas dos interessados ao ente público, para posterior análise.
IV - Julgamento;	Nesta fase, com base nos critérios estabelecidos no edital, é analisada as propostas, para escolha daquela mais vantajosa de acordo com tais critérios.
FASES	DETALHES
V - Habilitação;	Nesta fase é analisado uma série de fatores e documentos, dispostos no capítulo VI da lei, que comprovem a capacidade do agente interessado em cumprir com a entrega do produto ou serviço, conforme solicitado em contrato.
VI - Recursal;	Nesta fase, são realizadas os pedidos de recursos pelos agentes econômicos interessados, no caso de identificação de não conformidade no processo licitatório, e também as respostas do ente públicos, cabendo suspensão do processo até que tais recursos sejam resolvidos e divulgados;
VII - Homologação.	Nesta fase é homologado, após escolha do prestador interessado e resolução dos recursos, o contrato com o licitante escolhido.

Fonte: adaptado de Brasil (2021).

Contudo, desde a primeira lei de licitações e contratos administrativos, em 1993, desenvolveram-se diferentes modelos de contratação, pela administração pública, para atenderem as necessidades do Estado, além das modalidades já previstas na lei nº 8.666/1993, e atualizadas na lei nº 14.133/2021. Os parágrafos a seguir, demonstram os três tipos de contratação pública, pertinentes aos contratos de prestação de serviços, que podem manifestar-se na gestão pública de saúde.

A lei nº 14.133, no art. 28, prevê cinco modalidades de licitação: pregão, concorrência, concurso, leilão e diálogo competitivo (Brasil, 2021). O art. 6 da lei, as definem, conforme adaptado na quadro 2.

Quadro 2 - Definições das modalidades de licitação conforme a lei nº 14.133/2021.

MODALIDADE	DEFINIÇÃO
Pregão	<i>“modalidade de licitação obrigatória para aquisição de bens e serviços comuns, cujo critério de julgamento poderá ser o de menor preço ou o de maior desconto”.</i> (Inciso XLI)
Concorrência	<i>“modalidade de licitação para contratação de bens e serviços especiais e de obras e serviços comuns e especiais de engenharia, cujo critério de julgamento poderá ser: a) menor preço; b) melhor técnica ou conteúdo artístico; c) técnica e preço; d) maior retorno econômico; e) maior desconto”</i> (Inciso XXXVIII)
Concurso	<i>“modalidade de licitação para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, cujo critério de julgamento será o de melhor técnica ou conteúdo artístico, e para concessão de prêmio ou remuneração ao vencedor”.</i> (Inciso XXXIX)
Leilão	<i>“modalidade de licitação para alienação de bens imóveis ou de bens móveis inservíveis ou legalmente apreendidos a quem oferecer o maior lance”</i> (Inciso XL)
Diálogo competitivo	<i>“modalidade de licitação para contratação de obras, serviços e compras em que a Administração Pública realiza diálogos com licitantes previamente selecionados mediante critérios objetivos, com o intuito de desenvolver uma ou mais alternativas capazes de atender às suas necessidades, devendo os licitantes apresentar proposta final após o encerramento dos diálogos”</i> (Inciso XLII)

Fonte: adaptado de Brasil (2021).

Nessas modalidades, nos contratos administrativos regidos pela 14.133/2021, o Estado é quem define o orçamento, as características dos produtos ou serviços licitados, prazos de entrega e qualidade a ser cumprida, conduzindo unilateralmente a relação de compra e venda. Assim, restando ao vencedor da licitação apenas entregar o produto ou serviço licitado conforme proposta realizada e firmada em contrato (Zanchim, 2016).

Decorrente disso, é recorrente os conflitos contratuais por divergências entre a expectativa do serviço do Estado, e aquilo que é entregue pela contratada. Pois, como apenas o Estado é responsável por escriturar a relação contratual, se esta não

elaborar minuciosamente, considerando eventualidades e quaisquer outras situações que gerem transtornos, a contratada, indiferente da expectativa do Estado, ela irá cumprir aquilo que está no contrato (Zanchim, 2016).

Por isso, é de suma importância que os atores sociais na administração pública tenham conhecimento do serviço a ser prestado, garantindo o cumprimento dos serviços contratados, com aquilo esperado pela administração pública, porque os riscos decorrentes da gestão contratual com os terceiros, caem somente sob o Estado (Zanchim, 2016).

Por outro lado, as Parcerias Públicos Privadas (PPP) são uma evolução dos contratos regidos pela lei de licitações e contratos. Nestas parcerias, o parceiro de direito privado é contratado para executar, sendo que o diferencial deste modelo em relação a outros tipos de contratos, é o financiamento dos projetos junto ao Estado, que ao término do contrato, será de sua posse enquanto o parceiro privado os administra, cabendo ao ente público a gestão contratual através de indicadores de desempenho (Brito e Silveira, 2005).

Esse conceito de Parcerias Público Privadas (PPP) foi instituído pela lei nº 11.079/2004, que define as PPPs como contrato administrativo de concessão na modalidade patrocinada ou administrativa (Brasil, 2004).

Na modalidade patrocinada, a remuneração do ente privado advém não só de tarifas cobradas, mas também de uma contraprestação do governo, sendo esta modalidade utilizada quando a tarifa cobrada aos usuários não cobre os custos dos serviços, na qual o governo complementa a remuneração da contratada. Por exemplo, uma prefeitura pode subsidiar valor de passagens de ônibus, as quais o usuário paga parcialmente à concessionária. Isto para complementar o custo que a empresa tem para manter este serviço, o governo municipal realiza essa contraprestação (Brasil, 2004).

Já na modalidade administrativa, o serviço prestado tem como beneficiário o próprio Estado, e não necessariamente o cidadão, assim, o ente privado terá sua remuneração paga apenas pela administração pública. Neste caso, o governo pode contratar uma empresa, por exemplo, para a construção de prédios e gerenciamento de unidades de saúde. Ainda que sua finalidade seja a de atender a população em geral, o seu cliente em si é o ente público, que paga para obter estes serviços (Brasil, 2004).

Com este tipo de contrato, o Estado reparte o financiamento de suas demandas com o parceiro privado, dividindo então os riscos contratuais e permitindo investimentos em áreas estratégicas. Além disso, a experiência da implementação dos projetos via PPP em outros países aponta para maior eficiência e cumprimento efetivo dos mesmos, nas quais o parceiro privado conseguiu em sua maioria entregar os projetos dentro dos prazos, ao contrário do modelo de contratação tradicional.

Um exemplo de um projeto que gerou impactos positivos foi a renovação do *Gateway Arch* em Saint Louis, no estado de Missouri, nos Estados Unidos. A renovação deste monumento contou um investimento de trezentos e oitenta milhões de dólares, sendo destes, cento e cinquenta nove milhões de investimento público federal, estadual e municipal, e os duzentos e vinte um milhões restantes investidos pela iniciativa privada (U.S. Department of Transportation, s/d).

A parceria permitiu que diversas demandas com relação a estrutura antiquada do monumento fossem resolvidas, como a modernização do museu no arco - antes no solo, a qual foi construída uma rodovia que obstruiu a paisagem - e a prevenção e manutenção da descoloração da estrutura do arco. E vale ressaltar que a renovação do arco, de acordo com o departamento de transporte da administração federal de rodovias dos Estados Unidos, trouxe um impacto econômico de trezentos e sessenta e sete milhões, e a criação de quatro mil e quatrocentos empregos de posse permanente na região (U.S. Department of Transportation, s/d).

No entanto, esse modelo contratual exige a atenção do Estado ao seu gerenciamento, porque este deve entender que nesta modalidade de parceria, o ente privado deverá ver o retorno de seu investimento a prazo, devendo apresentar atratividade suficiente para estimular a participação nos editais de licitação, para que então assuma os riscos de gerir a implantação de projetos junto ao Estado (Brito e Silveira, 2005; Zanchim, 2016).

E por fim, a concessão é o ato de delegar a competência do governo a uma organização de direito privado, para que a partir de sua própria conta e risco, assuma a responsabilidade em executar os serviços e obras de interesse público por prazo determinado. Neste tipo de licitação, o ente privado investe, organiza, e se bem executado, obtém receita através da prestação dos serviços, cabendo ao Estado a fiscalização e criar diretrizes para a execução do objeto do contrato (Brasil, 2004; Zanchim, 2016).

Um exemplo de concessão são as rodovias, situação na qual o Estado reconhece sua limitação para gerir diretamente estes serviços, delegando seus cuidados a empresas que irão investir em sua infraestrutura e administração, e em contrapartida irão cobrar dos usuários os pedágios, fonte de remuneração pelo serviço prestado (Brasil, 2004; Zanchim, 2016).

A concessão é instituída pela lei 8.987/95, que visa dispor sobre o ato de delegar um serviço ou obra pública para uma organização conforme previsto no artigo 175 da CF/88. Nessa lei é disposto que o concedente - órgão público a quem compete a execução do serviço - pode delegar um serviço público mediante a apresentação de justificativa técnica e legal para a outorga, publicação de edital de licitação e assinatura do contrato administrativo (Brasil, 1995).

Assim, caberá ao Estado a cooperação com os usuários para fiscalizar os serviços prestados. E por fim, o encerramento dos contratos de concessões pode ser dado por diferentes fatores, como o encerramento do prazo do contrato, falência da empresa contratada, ou ainda, caso seja de interesse público, pode haver a solvência do contrato, sendo permitida, neste último caso, a revogação unilateral da concessão (Brasil, 1995).

Por fim, a compreensão dos tipos de contratualização de serviços apresentadas até o presente momento, será pertinente para entender, a maneira que as Organizações Sociais (OS) e Organizações Cíveis de Interesse Público (OSCIP), enquanto organizações privadas, podem ser inseridas na rede pública de saúde, através do fornecimento de serviços para o Estado e governos.

2.3 Organizações Sociais E Organizações Da Sociedade Civil De Interesse Público

No governo de Fernando Henrique Cardoso, 1995, como resposta aos avanços da globalização que ameaçavam reduzir a autonomia dos Estados na formulação e implementação de políticas, foi executada uma reforma administrativa conhecida como Nova Gestão Pública (NGP) ou Reforma Gerencial, executada junto ao Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), resultando na elaboração, em 1995, do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, que apresentou um novo modelo de gestão no setor público (Dias, 2017).

Esse novo modelo redefiniu o papel do Estado e estabeleceu a administração por resultados como eixo central. O plano tinha por objetivo a reestruturação do aparelho estatal, marcando a transição de um Estado provedor de bens e serviços, para um Estado que prioriza funções estratégicas ou outras atividades exclusivas a ele, como formulação de políticas públicas, policiamento, fiscalização, etc. (Dias, 2017).

Com o enxugamento das responsabilidades do Estado, outros serviços não exclusivos, como a saúde, educação, assistência social, poderiam ser exercidos por pelo terceiro setor, simultaneamente ao ente estatal. Desta maneira, dando continuidade ao processo de descentralização das atividades do Estado, foram promulgadas a lei nº 9.637/1998, que trata da qualificação de entidades como Organizações Sociais (OS), e posteriormente, a lei nº 9.790/1999, dispondo da qualificação de entidades como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Brasil, 1998; Brasil 1999, Dias, 2017).

A diferença entre as OSs e as OSCIPs está na sua relação com o Estado. De um lado, as OSs, nas áreas de não exclusividade do Estado, podem estabelecer contratos de gestão, assumindo a responsabilidade pela administração e execução do serviço no lugar do ente estatal. Na saúde, especificamente em Joinville, pode-se mencionar o Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria, que atualmente é gerido pelo Hospital Nossa Senhora das Graças, qualificado como OS pelo governo de Santa Catarina no decreto estadual nº 1.152/2008, com o hospital pertencendo à rede pública (Brasil, 1998; Dias, 2017, Santa Catarina, 2008).

Por outro lado, as OSCIPs, podem estabelecer parcerias com o Estado, de maneira que esse providencie incentivos para a execução de projetos da própria OSCIP, que sejam de interesse público conforme a lei nº 9.790/1999. Um exemplo de OSCIP, no estado de Santa Catarina, seria o Banco da Família, instituição de microfinanças para fornecimento de crédito à microempresendedores no Estado, fomentando desenvolvimento econômico na região de Lages (Brasil, 1999; Dias, 2017).

No que se refere às qualificações, as OS são dispostas na lei nº 9.637/1998 como:

pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei (Brasil, 1998).

Com a qualificação de OS, essas então podem firmar contratos com entes estatais para assumir a gestão de serviços nas áreas citadas na lei, definindo plano de trabalho, metas e prazos a serem cumpridos, e também os critérios objetivos que servirão de mensuração do desempenho das atividades, através de índices de produtividade e qualidade (Brasil, 1998, Dias, 2017).

Importante ressaltar que para qualificar como OS, a entidade deve dispor de previsão de conselho de administração - com membros do poder público, sociedade civil, profissionais e representantes da entidade - e diretoria, como órgão de deliberação superior e direção. Este conselho terá a função de exercer o controle social das atividades exercidas pela OS, como: aprovação do contrato de gestão; aprovação de orçamentos e programa de investimentos; designação de membros da diretoria, bem como o valor da remuneração fixa deles; aprovação de regulamento próprio para execução das atividades na OS, dentre outras atribuições dispostas no art. 4 da 9.637/1998 (Brasil, 1998).

Do outro lado, para qualificação das OSCIPs, são dispostas na lei nº 9.790/1999 como

as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que tenham sido constituídas e se encontrem em funcionamento regular há, no mínimo, 3 (três) anos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos por esta Lei (Brasil, 1999)

Diferentemente das OS, as OSCIPs podem realizar termo de parceria com as entidades governamentais locais, de modo a receberem incentivos deste para a execução de seus projetos, desde que compreendida entre as atividades dispostas no art. 3 da 9.790/1999, relacionadas a atividades de promoção de assistência social, saúde, cultura, desenvolvimento econômico, dentre outros (Brasil, 1999; Tachizawa, 2019).

E além disso, no lugar de um conselho de administração, como as OSs, as OSCIPs devem compor um conselho fiscal, para prestação de contas ao ente governamental, que detalhe e opine sobre as operações da entidade, bem como

especifique a maneira que os incentivos governamentais repassados a ela tem sido aplicado na execução dos projetos. Isto para que o ente estatal a qual a OSCIPs firmou o termo de parceria, possa exercer a fiscalização sobre as atividades, com base nos indicadores e outros pareceres a serem fornecidos a ele pela OSCIP, conforme for estabelecido no termo de parceria pelas duas partes (Brasil, 1998; Tachizawa, 2019).

A importância da compreensão do que se trata estas organizações, se manifesta na crescente contratualização na saúde pública, outorgando a gestão das unidades hospitalares para estas organizações privadas. A exemplo do Hospital Infantil de Joinville, a presença de OSs e OSCIPs na gestão de saúde pública tem sido mais frequentes, considerando que esta área tem sido descentralizada desde o PDRAE para o terceiro setor.

Isto torna necessário entender, no capítulo a seguir, as características da gestão dos hospitais na gestão direta, e da gestão pelo terceiro setor, através da terceirização.

2.4 Hospitais Da Administração Direta E De Gestão Terceirizada

Com a crescente adoção da terceirização da gestão hospitalar pelo terceiro setor, se percebe então a necessidade de apontar as principais diferenças entre este modelo de gestão e a da administração direta. A gestão hospitalar, para Laverde *et al*

É a principal responsável pelas atividades do hospital e integra a direção. Confunde-se com esta última, visto que o hospital, independentemente de seu tamanho, é uma organização prestadora de serviços com uma função social muito relevante e características científicas, técnicas, administrativas e econômicas gerais, próprias das empresas, ainda que de maior complexidade, uma vez que atua dentro de um sistema aberto, com os componentes normais de uma demanda cíclica própria dos serviços de saúde. Isso exige uma organização dinâmica em contínuo aperfeiçoamento, onde trabalha uma equipe que lida com materiais e equipamentos utilizados para o atendimento de uma necessidade real, como a carência em termos de saúde e de assistência. Esta organização produz resultados com impacto na comunidade e no próprio hospital (Laverde *et al*, 2018, p. 11).

Portanto, a gestão hospitalar é um fator chave no funcionamento do hospital, impactando os pacientes a depender de sua efetividade. Para distinguir a maneira

que essa é exercida nos modelos de gestão abordados, apresentam-se as algumas características de ambos os modelos nos subcapítulos a seguir.

No que se refere à gestão de pessoas, na gestão direta, a responsabilidade fica com o ente responsável pela gerência do serviço, como governo municipal, estadual, municipal. A contratação de servidores, na área da administração pública, é obrigatória para a realização de concurso público. Esta característica garante a seleção de profissionais capacitados para os cargos vagos nos hospitais públicos (Ferreira Junior, 2004).

Entretanto, a realização de concurso é dependente de diversos fatores, como a disponibilização de orçamento para realização da prova, teto de gastos estabelecidos com folha de pagamento, bem como vontade política. Estes fatores tornam a contratação na gestão direta morosa, podendo comprometer o quadro de pessoal adequado para atender a demanda das unidades. Uma vez que os servidores podem se afastar, aposentar, serem exonerados, e para re-ocupar seus postos de trabalho via concurso público - considerando os fatores mencionados previamente - pode fazer com que a unidade hospitalar sofra com as defasagens no número de servidores, até que se consiga realizar as contratações de novos servidores (Barbosa; Elias, 2010; Ferreira Junior, 2004).

Em contrapartida, a gestão de pessoal na OSS é realizada na própria instituição, de modo que estes são responsáveis por identificar cargos a serem preenchidos, definir métodos para contratar bem como os critérios para avaliação dos candidatos. Considerando que gestão por OSS seguem a lógica da administração empresarial, e sua gestão não é subordinada aos mesmos processos que a gestão direta, é correto afirmar que a gestão de pessoal por OSS confere maior flexibilidade na contratação de novos funcionários (Ferreira Junior, 2010).

Por um lado, a flexibilidade nas contratações e gestão dos funcionários, na OSS, é atributo aliado ao enfrentamento da instabilidade do mercado de trabalho, que no hospital, pode refletir nos desligamentos de funcionários por empregos com melhores salários, especialistas em específicos com pouca oferta, adaptação dos salários às tendências de mercado, etc. Do outro lado, a flexibilização na gestão de pessoas podem fragilizar os postos de trabalho, com alta rotatividade, desvalorização dos salários, bem como pode fragilizar os contratos de trabalho para os funcionários, sem permanência dos funcionários e suas respectivas especializações, uma vez que não há a mesma proteção que garanta a estabilidade

dos funcionários como a da gestão direta, com seus respectivos estatutos (Barbosa; Elias, 2010; Ferreira Junior, 2004).

Já quanto às compras realizadas pela gestão hospitalar, estas possuem papel importante no abastecimento dos insumos hospitalares. A correta identificação de demanda do hospital, alinhada a uma boa gestão de estoque, são fatores importantes para economia dos custos hospitalares, mantendo níveis de estoque mínimos, com menos ativos imobilizados, gerando custo de manutenção com almoxarifado parado (Elias; Barbosa, 2010).

Nas unidades hospitalares geridas por OSS, desde que observado os limites orçamentários, previsto no plano de trabalho e também aprovado pelo conselho de administração, os fluxos para realização de compra são simplificados, verificada a maior autonomia para a realização das rotinas administrativas. Nesse modelo de gestão, a própria instituição pode realizar compras e registrar preços diretamente com fornecedores, negociando valores e condições que favorecem o próprio hospital. Desta maneira, a autonomia nestes processos confere à OSS melhores condições, menos burocratização, e a busca ativa por melhores condições que favoreçam a instituição, gerando maior economia com custos (Elias; Barbosa, 2010; Ferreira Junior, 2004).

Isto difere grandemente da realidade vivenciada no âmbito da administração pública, na qual os processos são mais morosos, seguindo etapas numerosas e consecutivas que tornam à aquisição de novos insumos uma tarefa de complexo planejamento. Como visto anteriormente, na gestão direta, existe a necessidade de abertura de licitação para compras de produtos e serviços, os hospitais nesta modalidade de gestão não se afastam desta realidade, devendo executar os mesmos processos para compras de materiais e serviços (Elias; Barbosa, 2010; Ferreira Junior, 2004).

Nos hospitais da gestão direta, o planejamento para compras envolve todo o processo da licitação, que numa situação emergencial, que pode ser inimiga ao funcionamento do hospital para enfrentamento das demandas que podem emergir repentinamente. Comprovada a calamidade pública, com o risco da descontinuidade dos serviços hospitalares, a gestão direta, frente a estas situações adversas pode realizar a compra direta, dispensando a licitação, mas que em contrapartida, gera um gasto maior na aquisição dos insumos, que levariam muito tempo para adquirir através de licitação (Elias; Barbosa, 2010; Ferreira Junior, 2004).

Para evitar situações como esta, é comum, na gestão direta, a compra de grandes estoques de insumos, que atendam as demandas internas dos hospitais até que uma nova licitação seja realizada, o que resulta em gastos elevados com estoque, conferindo uma ineficiência da gestão direta (Brasil, 2021; Elias; Barbosa, 2010; Ferreira Junior, 2004).

Em geral, conforme abordado anteriormente em outros setores deste referencial teórico, a gestão das unidades do SUS tem apresentado resultados positivos no que se referem a agilidade das compras, flexibilização e adaptação às tendências de mercado, devido a maior autonomia conferida a ela enquanto organização do terceiro setor, não subordinada às mesmas regras da gestão direta.

No entanto, surgem dificuldades na relação entre OSS e administração pública, que comprometem o ideal funcionamento das unidades hospitalares. Um exemplo destes impasses, o portal de notícias G1, em 2018, publicou sobre a Secretária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), quando desfez os contratos de gestão que mantinha com a OSS Hospital Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ), responsável naquela época por gerenciar quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e uma maternidade na cidade do Rio de Janeiro (Satriano, 2018).

Uma denúncia do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, sobre o caso da UPA Tijuca (uma das quatro geridas pela OSS), apontou para o atraso de salários, como o pagamento de 13º e dissídios médicos, de dois anos consecutivos. Além disso, foi denunciada as condições precárias de infraestrutura das unidades, com equipamentos defasados, comprometendo a plena atividade dos profissionais na unidade (Cremerj, 2018).

Quando questionado sobre a decisão da SES-RJ, o diretor clínico do HMTJ, Thiago Moraes, declarou sobre a inadimplência da SES-RJ quanto aos repasses devidos à OSS. Ele alegou que frequentemente os repasses eram atrasados, e que a OSS recebia o mínimo para garantir a não descontinuidade dos serviços, colocando em risco a qualidade dos serviços prestados pela OSS e tornando a gestão destas unidades mais complexas (Satriano, 2018).

Outra dificuldade que pode ser apontada é a fiscalização e transparência dos processos nas unidades hospitalares geridas por estas organizações. Outro artigo do portal de notícias G1, do ano de 2025, discute o caso das UPAs na cidade de São José dos Campos, no estado de São Paulo, abordando a suspensão de um

chamamento público da OSS que geria as UPAs e UBSs, com empresas de terceirização de mão de obra médicas, pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE-SP) (Aduil, 2025).

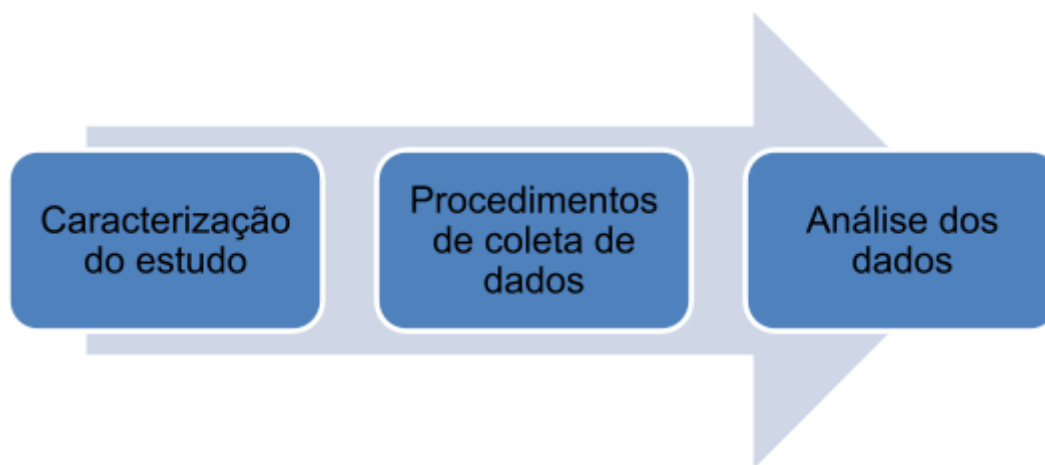
A OSS teria feito um chamamento público para contratação de médicos para suplementar o corpo clínico de UBSs e UPAs no município, mas em meio ao processo, não houve o esclarecimento de como seriam pontuadas as empresas candidatas neste processo. Com isto, o TCE-SP ordenou a suspensão do processo, alegando que, por mais que fossem geridas conforme a administração de organizações privadas, o custeio delas continuam sendo de verbas públicas, que permite o controle externo de suas ações.

Em suma, as dificuldades encontradas na prática com a implantação das OSS na gestão hospitalar pública, compreende diversas dificuldades bilaterais, ou seja, advindas de falhas tanto do ente governamental quanto da OSS. Desta maneira, feito a revisão de literatura, transpassando os principais assuntos para compreensão do assunto, apresenta-se a seguir a metodologia a ser utilizada na presente monografia.

3 METODOLOGIA

Este capítulo descreve o percurso metodológico adotado para a realização da pesquisa. São apresentados a caracterização do estudo, os procedimentos de coleta e de análise dos dados, os quais foram utilizados ao longo de todo o desenvolvimento da investigação. A figura 2 ilustra o roteiro metodológico a ser apresentado nas seções em diante.

Figura 2 - Roteiro metodológico



Fonte: O autor (2025)

3.1 Classificações

Este estudo possui natureza aplicada, pois busca gerar subsídios e reflexões com potencial de contribuir para a formulação de decisões relacionadas à gestão hospitalar. Pois, Lakatos e Marconi (2021, p. 19) apontam que a pesquisa aplicada “caracteriza-se por seu interesse prático, isto é, que os resultados sejam aplicados ou utilizados, imediatamente, na solução de problemas que ocorrem na realidade”. Desta maneira, considerando a justificativa para esse estudo, o presente estudo se apresenta como uma pesquisa aplicada, pois o objetivo é gerar reflexões que tenham utilidade nos debates acerca da terceirização de unidades de saúde públicas.

O levantamento das perspectivas dos gestores neste estudo, e sua posterior apresentação nos espaços de controle social, contribui para a construção do debate acerca das terceirizações da gestão de hospitais públicos em Joinville. Isto porque, de acordo com Gil (2022, p. 41) a pesquisa aplicada é desenvolvida com intuito de

ser utilizada em uma situação específica. Então, no caso do presente texto, sua aplicação se dá nos espaços de discussão entre governo e sociedade civil do município no tópico da terceirização.

Adota-se uma abordagem qualitativa, adequada à compreensão das percepções e argumentações dos atores sociais locais sobre o fenômeno em estudo, e um caráter exploratório, considerando a necessidade de aprofundamento e sistematização das informações disponíveis sobre o tema no contexto local.

Quanto à abordagem da pesquisa, segundo Strauss e Corbin (2008, p. 23 *apud* Gil, 2021, p. 15) a pesquisa qualitativa refere-se a “qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação”. Partindo desse pressuposto, complementa-se que a pesquisa qualitativa, de acordo com Sampieri *et al*, que

[...] o processo qualitativo não é linear nem tem uma sequência como o processo quantitativo. As etapas são, na verdade, ações que realizamos para atingir os objetivos da pesquisa e responder as perguntas do estudo e que se justapõem. Além disso, são iterativas ou recorrentes. No processo não existem momentos em que podemos dizer: esta etapa terminou aqui e agora vem tal etapa. Quando entramos no campo ou ambiente já estamos coletando e analisando dados, pelo simples fato de observar o que acontece nele, e durante esse trabalho a amostra pode ir se ajustando. Amostragem, coleta e análise são atividades quase paralelas. Claro que nem sempre a amostra inicial muda (2013, p. 416).

Desta maneira, é adotada a abordagem qualitativa para o presente estudo, uma vez que os dados a serem analisados são de caráter subjetivo, que busca compreender a perspectiva dos atores sociais de saúde no município. Além disso, de acordo com Sampieri *et al* (2013, p. 416), não há uma linearidade na evolução da pesquisa, que permita entender quando que a coleta de dados é concluída ou não. De modo geral, concluí-se que a coleta se encerra, nas pesquisas qualitativas, quando o pesquisador possui materiais suficientes para alcançar adequadamente os objetivos propostos, o que se fez no presente estudo.

Em sequência, sobre o objetivo da pesquisa, considera-se o presente estudo como exploratório. Pois, Severino (2017, p.132) aponta que a “pesquisa exploratória busca apenas levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação do fenômeno[...]”.

A pesquisa tem este caráter porque objetiva-se a análise das perspectivas dos gestores sobre a terceirização da gestão nos hospitais públicos, de modo a

alavancar os principais elementos que induzem a este fenômeno. No entanto, não houve aprofundamento nas causas e origens que apontem a razão por trás, corroborando com o argumentado por Severino (2017, p. 132).

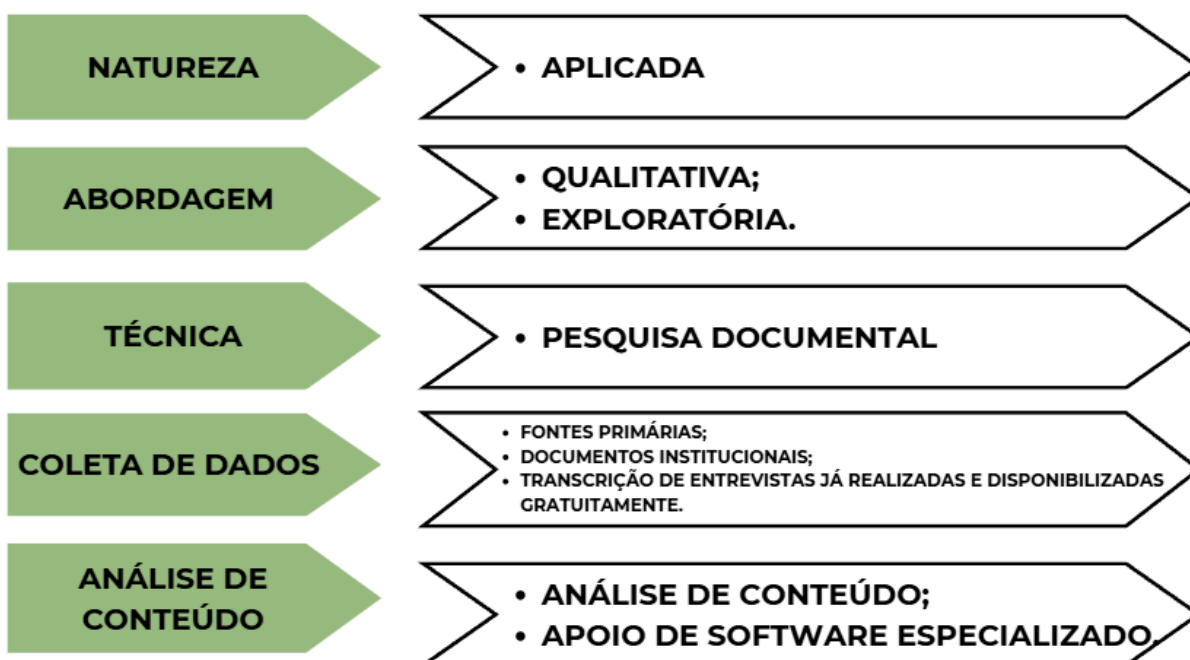
A investigação foi conduzida por meio de pesquisa documental em fontes primárias, selecionadas a partir de registros públicos acessíveis. A coleta de dados abrangeu documentos institucionais e registros oficiais que expressam posicionamentos e argumentos relacionados a terceirização da gestão hospitalar.

Referindo-se a análise documental, a pesquisa documental caracteriza-se pelo uso de documentos como principal fonte de coleta de dados, os quais podem ser escritos ou não, e são considerados fontes primárias, quando recolhidos no momento da ocorrência do fenômeno ou em período subsequente. A análise documental considera três variáveis fundamentais: a natureza do suporte (escrito ou não escrito), o tipo de fonte (primária ou secundária) e o recorte temporal (contemporâneo ou retrospectivo) (Lakatos; Marconi, 2021).

De acordo com Lakatos e Marconi (2021), no contexto da análise documental, as fontes retrospectivas compreendem tanto materiais escritos, como diários, autobiografias, relatos de visitas e de viagens, quanto registros não escritos, como objetos, fotografias, gravuras, filmes e outros materiais audiovisuais. Esses documentos permitem recuperar informações e perspectivas que, embora produzidas em momento posterior aos eventos, oferecem subsídios relevantes para a compreensão dos processos analisados.

Ao incorporar o recorte, a partir destes documentos, busca-se ampliar a base de evidências e enriquecer a análise das motivações e dos efeitos associados a terceirização da gestão hospitalar. No presente estudo, adota-se um recorte temporal retrospectivo, considerando documentos e registros produzidos após a ocorrência dos fatos ou fenômenos investigados. A fim de ilustrar a caracterização deste estudo, apresenta-se a figura 3, sintetizando a caracterização realizada até este momento.

Figura 3 - Caracterização da pesquisa.



Fonte: O autor (2025)

3.2 Lócus Da Pesquisa

A delimitação da origem dos documentos analisados neste estudo se restringiu ao município de Joinville, localizado na região nordeste de Santa Catarina, buscando contribuir diretamente com o debate local sobre a gestão da saúde pública.

Joinville é o município mais populoso do estado, com uma população estimada de 616.317 habitantes, conforme o Censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A composição demográfica reflete uma distribuição equilibrada por gênero (50,8% mulheres e 49,2% homens) e uma predominância racial branca (76%), seguida pelas populações parda (19,5%), preta (4,1%) e amarela (0,3%) (IBGE, 2022).

O município possui uma vasta rede pública de saúde, estruturada para atender demandas que variam da atenção básica à alta complexidade hospitalar. Atualmente, a rede é composta por 58 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), três Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), um hospital municipal, dois hospitais estaduais, sendo um deles com regime de gestão terceirizada e diversos outros serviços de reabilitação e diagnóstico.

O Hospital Municipal de Joinville é a unidade de alta complexidade do

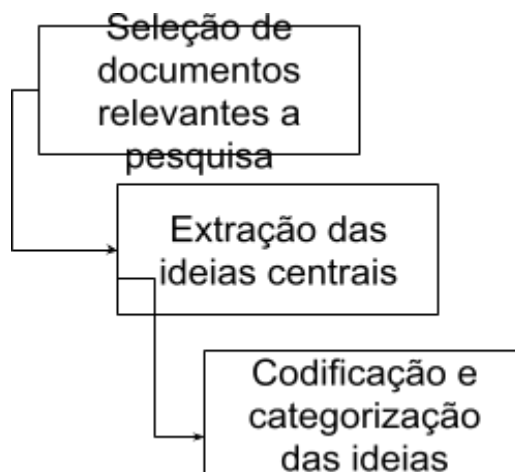
município. Ele é uma referência regional em diversas especialidades, incluindo ortopedia/traumatologia, neurologia e cirurgia geral, atendendo não apenas a população joinvilense, mas toda a região do Norte Catarinense. No ano de 2024, este hospital realizou 74.913 atendimentos no Pronto Socorro e 16.889 internações hospitalares (Joinville, 2024).

Atualmente, no ano de 2025, o hospital opera sob a modalidade de autarquia municipal, possuindo CNPJ e presidência própria, mas mantendo-se como parte da administração pública indireta. Essa configuração de gestão direta (ou pública) é o ponto central do debate analisado neste trabalho, uma vez que o tema da pesquisa se concentra nas perspectivas a favor e contra a proposta de sua terceirização para o modelo de Organização Social (OS).

3.3 Coleta De Dados

Olsen (2015, p. 101) apresenta os princípios norteadores para coleta de dados sistemática por pesquisa documental, que serviu de embasamento teórico para o presente estudo. De acordo com o autor, o processo da análise documental pode ser direcionada conforme figura 4.

Figura 4 - Fluxograma sobre coleta de dados em análise documental



Fonte: adaptado de Olsen (2015).

Com isso, a coleta de dados foi conduzida de forma sistemática, contemplando a seleção e o registro de documentos públicos relacionados à temática da terceirização hospitalar no município de Joinville. Foram consideradas fontes disponíveis na *internet*, tais como publicações institucionais e documentos oficiais, artigos veiculados em canais de jornais locais, bem como gravações de entrevistas e de eventos públicos nos quais atores sociais locais abordam aspectos pertinentes a terceirização da gestão hospitalar. Este procedimento visa garantir uma ampla base documental, composta por registros que expressam diferentes perspectivas e argumentos sobre a terceirização na instituição de saúde.

Para a coleta dos documentos, foi utilizada a ferramenta de busca aberta *online Google*, na qual foi introduzido descritores que possuam alguma conexão com o assunto, a fim de retornar documentos ou outras publicações que possuam em seu conteúdo as perspectivas dos atores sociais de saúde públicos frente às motivações a terceirização. Para registrar as atividades da pesquisa, a coleta dos documentos seguiu o roteiro conforme apêndice A. Já os descritores a serem utilizados conforme Apêndice B.

Vale ressaltar que a ferramenta selecionada neste estudo comporta a função de busca com operadores booleanos, desde que as palavras chave estejam entre aspas e os operadores em caixa alta, e espaço entre cada palavra, conforme o exemplo no roteiro apresentado no apêndice "A". Além disso, objetivando refinar e otimizar a busca pelos documentos, os descritores foram divididos em grupos, que permitam filtrar os resultados mais efetivamente, que podem ser utilizados

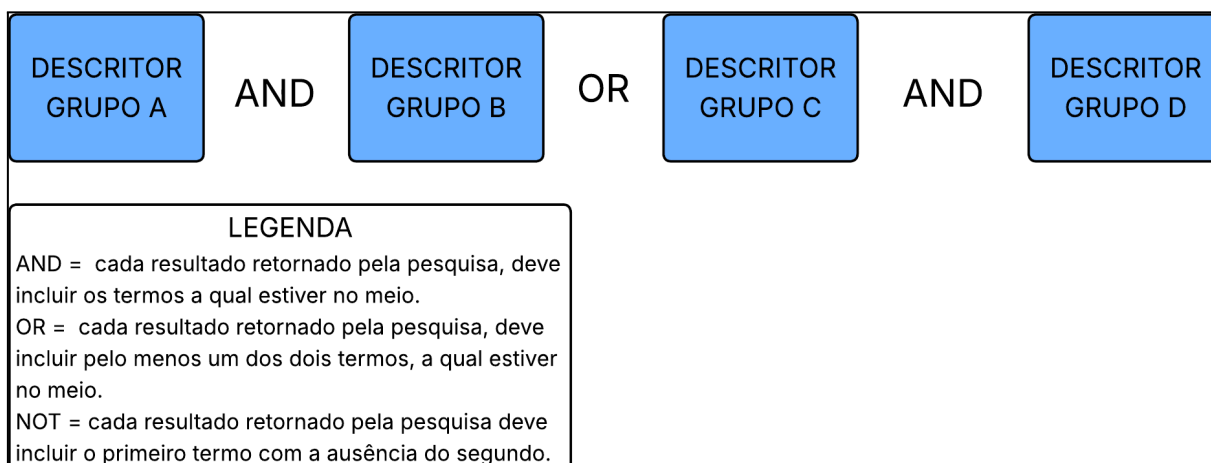
simultaneamente, mas sem obrigatoriedade.

Os descritores foram divididos em três grupos, com características em comum que tornam a busca mais efetiva:

- **Grupo A** - descritores referentes ao **assunto** desejado: os descritores deste grupo incluem palavras chaves de assuntos relacionados com o tema da pesquisa. Objetiva-se o seu uso em refinar os resultados quanto ao tema do documento;
- **Grupo B** - descritores referentes ao tipo de **gestor e/ou agente na saúde pública** desejado: os descritores deste grupo incluem palavras chaves que estejam relacionadas aos atores sociais na saúde pública local. Objetiva-se o seu uso ao direcionamento das buscas à documentos que tratam das perspectivas dos gestores ou outros profissionais, em consonância com os objetivos da pesquisa;
- **Grupo C** - descritores referentes ao tipo de **espaço** onde possa ser expresso as perspectivas desejadas nos documentos. Incluem palavras chave que estejam relacionados a diferentes espaços que possam ser expressas as perspectivas sobre os assuntos, incluídos no grupo “A”, pelos sujeitos incluídos no grupo “B”. Objetiva-se refinar as buscas de modo a retornar os resultados que tratam das discussões e perspectivas expressas pelos gestores nesses espaços;
- **Grupo D** - descritores referentes à **localização**: os descritores deste incluem palavras chave que estejam relacionadas à localização. Objetiva-se o seu uso ao direcionamento dos resultados para que atendam os requisitos referentes ao lócus da pesquisa.

Quanto à utilização dos descritores na ferramenta de busca, estes são ilustrados na figura 5, exemplificando o processo envolvendo o uso dos descritores no momento em que são realizadas as buscas na ferramenta *Google*.

Figura 5 - Exemplo de busca com operadores booleanos e descritores propostos.



Fonte: O autor (2025).

Vale ressaltar que, no presente estudo, considerando a cidade de Joinville como lócus de pesquisa, o descritor do grupo “D” estará em todas as buscas a serem realizadas, a fim de manter o refinamento dos resultados circunscritos à região escolhida para seleção dos dados.

Ademais, considerando que a ferramenta de busca aberta, mesmo com os descritores e operadores booleanos, é imprescindível que seja delimitada, no presente estudo, o número de resultados que serão selecionados das buscas. Pois mesmo com todos os refinamentos propostos, a imensidade de dados e *links* disponíveis pode tornar a pesquisa inviável, se determinada a análise de todos os resultados retornados por busca.

Com isso em mente, para a análise dos resultados retornados pela ferramenta Google, foi determinada que para cada busca realizada, foram observados os trinta primeiros resultados, que irão para a seleção.

Após a coleta dos documentos retornados pela ferramenta de busca, a seleção dos documentos e registros inicialmente se deu por análise de títulos, uma vez que o uso da ferramenta de busca aberta pode retornar um volume grande de resultados. Essa primeira filtragem permitiu que haja um enfoque em documentos que abordam o tema do texto já na sua apresentação, com o título.

Considerando a fundação do Hospital Infantil de Joinville, em 2008, como marco da instauração da gestão terceirizada por OSS no município, os documentos aceitos serão a contar do ano de sua fundação, nas quais intensificaram a discussão do modelo de gestão no município. Isto para que, o

conteúdo trabalhado, seja contemporâneo ao andamento do assunto na sociedade.

Também se observou critérios de inclusão que priorizam materiais de acesso público e que contenham conteúdos relevantes para os objetivos da pesquisa, isto é, que favoreçam o alcance dos objetivos delineados para esta pesquisa. Foram incluídos documentos oficiais, publicações institucionais, gravações de eventos públicos e entrevistas em canais de reportagem, veiculadas a jornais locais, que abordam, de forma explícita ou implícita, a terceirização da gestão hospitalar no município, nas perspectivas dos atores sociais na saúde pública. Em síntese, conforme apresentado na figura 6.

Figura 6 - Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Documentos datados a partir de 2008; • títulos que apresentem relevância perante ao assunto; • documentos de acesso público e provenientes de fontes institucionais oficiais; • documentos que abordem, de modo explícito ou implícito, aspectos relacionados a terceirização da gestão de hospitais públicos; • registros que expressem argumentos, posicionamentos ou justificativas de atores sociais da saúde pública sobre o tema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos datados anterior a 2008; • não apresentem relação direta com a temática da terceirização; • não ofereçam elementos argumentativos ou informativos relevantes para os objetivos da pesquisa; • sejam de caráter exclusivamente operacional ou técnico, sem contribuição para o debate sobre a terceirização.

Fonte: O autor (2025)

Os materiais selecionados foram organizados em um registro sistemático, com planilha de controle, contendo as seguintes informações: tipo de documento, data de produção, fonte, autoria (quando aplicável) e resumo do conteúdo, de modo a assegurar a rastreabilidade e a consistência do processo de coleta.

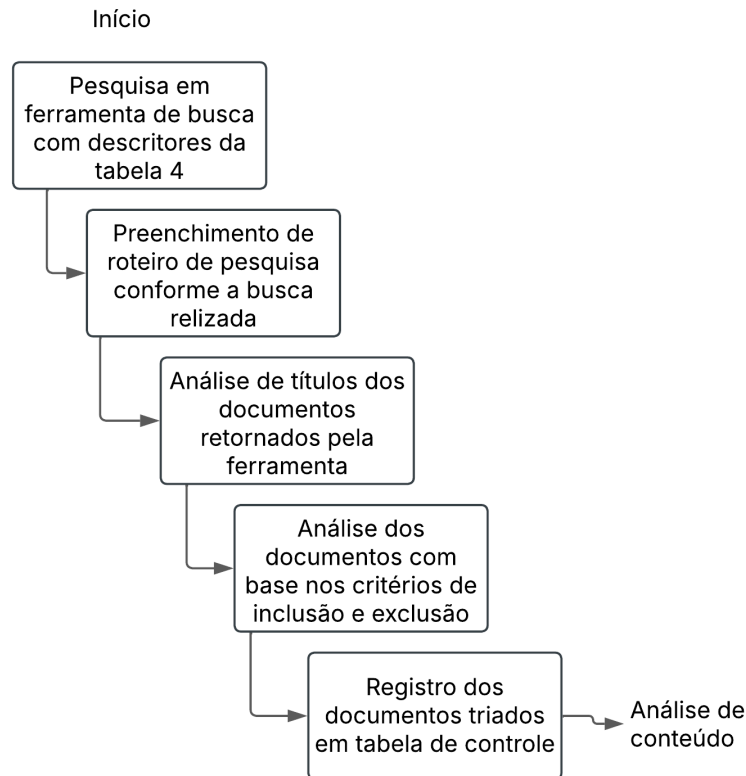
Após a triagem e registro, foi realizada a leitura dos documentos buscando pontuar os temas centrais, a partir da interpretação dos textos e/ou falas dos

gestores, para posteriormente codificá-los. Essa codificação, segundo Gibbs (2009, p.60) consistiu no registro de uma ou mais passagens de texto ou outros itens dos dados, como partes do quadro geral que, em algum sentido, exemplificam a mesma ideia teórica e descritiva.

Trazendo isto para a pesquisa, as ideias dos gestores que defendem ou expressam uma mesma perspectiva acerca das terceirizações, foram atribuídas a um código. Isto para que no final do estudo, se possa observar as diferenças frequenciais nas perspectivas a partir do levantamento quantitativo dos códigos.

A estratégia de coleta adotada buscou garantir uma base documental abrangente e diversificada, capaz de refletir as diferentes perspectivas e argumentos presentes no debate público e institucional sobre a terceirização da gestão hospitalar. O material coletado foi utilizado como insumo para a etapa de análise de conteúdo, assegurando a conformidade com o delineamento metodológico qualitativo e com os objetivos exploratórios da pesquisa. Dessa forma, pretende-se construir uma compreensão fundamentada e contextualizada do fenômeno em estudo. De modo a ilustrar o processo da coleta de dados até então descrito, apresenta-se a figura 7, dando sequência para a análise dos dados.

Figura 7 - Fluxograma processo de coleta de dados utilizados



Fonte: o autor (2025)

Com o processo da coleta de dados estruturado, deu-se início a coleta de dados. Esta etapa do estudo foi realizada no período entre 18 de agosto de 2025 e 8 de setembro do mesmo ano. No total foram realizadas oito buscas na ferramenta de busca, que permitiu coletar 213 documentos, considerando que cada busca delimitou-se para os primeiros 30 resultados retornados pelo *Google*. Dentre estes 213, seis estavam duplicados, e outros 197 não atingiram os critérios de inclusão, sendo analisados apenas 10 documentos restantes que se encaixaram nos parâmetros previstos para este estudo. O quadro 3 apresenta os documentos que foram objetos de análise na fase seguinte deste estudo, em planilha de controle.

Quadro 3 - Registro Documental

N.	Tipo de Documento	Data de Produção	Fonte	Autoria	Resumo Do Conteúdo
1	Artigo Noticia	17/10/2024	SINSEJ	SINSEJ	Artigo de Noticia sobre a assembleia para discussão da possibilidade de terceirizar a gestão do Hospital Municipal São José, contendo falas da presidente do SINSEJ na época sobre o assunto.
2	Video	16/10/2024	CVJ-YT	CVJ	Video na íntegra da audiência da comissão de saúde discutindo a possibilidade de terceirização da gestão do hospital São José, com falas da presidente do SINSEJ, CMS, vereadores e população.
3	Artigo Noticia	02/09/2024	SCEMPAUTA	SCemPauta	Artigo de Noticia tratando brevemente de pontos de vistas observados pelos candidatos à prefeitura acerca da terceirização da gestão do Hospital Sao José, incluindo perspectivas do prefeito Adriano Silva (NOVO)
4	Artigo Noticia	19/06/2024	SJM	SJM	Artigo de notícia tratando da visita do prefeito Adriano Silva (NOVO) à Sociedade Joinvillense de Medicina. Ocasão foi palco para discutir as preocupações acerca do modelo de gestão por OSS no Hospital Municipal São José.
5	Artigo Opinião	23/11/2015	SINSEJ	SINSEJ	Artigo de opinião do SINSEJ, reitarando o posicionamento contrário à terceirização da gestão do Hospital Municipal São José, abordando falas de membros da SJM.
6	Artigo Noticia	31/10/2024	ND+	ND+	Artigo de notícia retratando da questão da terceirização da gestão do Hospital Municipal São José, abordando levantamentos feitos na audiência pública na comissão de saúde do dia 16/10/2024 por diferentes atores sociais da sociedade.
7	Artigo Opinião	20/03/2025	SINSEJ	SINSEJ	Artigo de opinião do SINSEJ, retratando sua posição contrária às OSS e a gestão da pasta da saúde do governo Adriano Silva (NOVO), discutindo argumentos levantados pelo então prefeito.
8	Entrevista	20/09/2023	PANICO	PANICO	Entrevista ao prefeito Adriano Silva dada ao Panico, programa da Jovem Pan, abordando a temática da terceirização do Hospital Municipal São José.

Cont. quadro 3

N.	Tipo de Documento	Data de Produção	Fonte	Autoria	Resumo Do Conteúdo
9	Artigo Noticia	22/4/2024	CHUVILLE	CHUVILLE	Artigo de noticia sobre a gestão de leitos do Hospital Municipal São José, em que há falas do prefeito Adriano Silva (NOVO) sobre a terceirização da gestão em saúde.
10	Artigo Entrevista	10/10/2020	OMUNICIPIO	OMUNICIPIO	Artigo de noticia referente a uma entrevista dada ao canal de noticias OMUNICIPIO pelo até então candidato a prefeitura Adriano Silva (NOVO), tratando de questões na saúde, na qual toca no assunto do modelo de gestão por OSS no Hospital Municipal São José.

Fonte: o autor (2025)

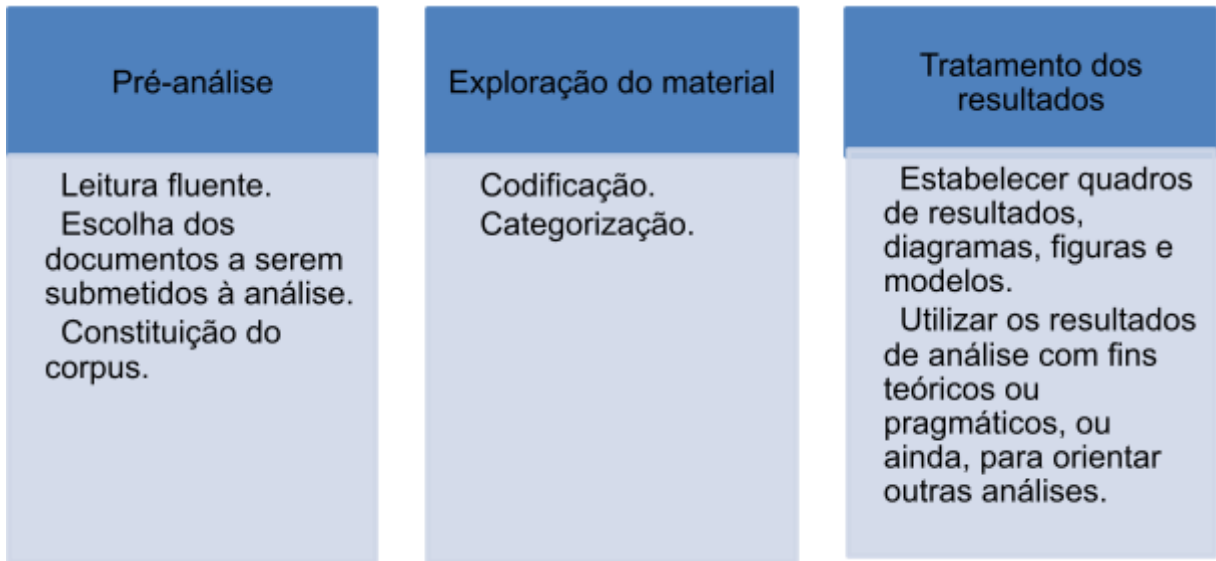
3.4 Análise Dos Dados

A etapa de análise de dados foi conduzida por meio da análise de conteúdo, conforme a abordagem sistematizada por Bardin (2018). Esta técnica é apropriada para a investigação qualitativa, pois permite explorar e interpretar conteúdos latentes e explícitos em documentos e registros diversos, favorecendo a identificação de padrões, códigos, categorias e significados relacionados ao fenômeno em estudo.

Observa-se que antes de serem submetidos à análise de conteúdo, todos os documentos passaram por um processo de tratamento inicial, a fim de garantir a uniformização do material analisado. Considerando que a análise foi realizada sobre conteúdos escritos, as gravações de entrevistas e de eventos em formato de vídeo ou áudio serão previamente transcritas.

A análise de conteúdo seguiu as etapas sistematizadas por Bardin (2018), compreendendo: a pré-análise, destinada à organização e preparação do material, incluindo a seleção dos documentos e a constituição do corpus; a exploração do material, que envolve a codificação e categorização das unidades de significado; e o tratamento dos resultados e interpretações, no qual os dados serão organizados e interpretados por meio de quadros, diagramas e modelos, de modo a produzir subsídios para a compreensão do fenômeno investigado. A figura 8 sintetiza as três etapas sistematizadas apresentadas por Bardin (2018).

Figura 8 - Etapas de análise



Fonte: Adaptado de Bardin (2018).

As transcrições serão elaboradas com o apoio de *softwares* livres disponíveis na *internet*, que permitiram a automatização parcial do processo. No entanto, foi realizada uma leitura atenta e criteriosa de cada transcrição, com o objetivo de identificar e corrigir eventuais erros gerados pelo processo automatizado, assegurando a fidelidade do conteúdo em relação ao material original. Somente após esta etapa de tratamento os documentos e transcrições revisadas foram integrados ao *corpus* da análise de conteúdo.

A etapa de exploração dos dados foi realizada com o apoio do *software Atlas.ti*, que permitiu a sistematização e organização do processo analítico. Por meio da ferramenta, os **códigos e categorias** que emergiram da leitura e codificação dos documentos e transcrições foram devidamente registrados, organizados e estruturados. O sistema possibilita não apenas o registro textual das categorias, mas também a elaboração de elencos dos achados, tabulações e a geração de gráficos e visualizações que contribuem para a análise e interpretação dos dados. Tais funcionalidades foram utilizadas para garantir a rastreabilidade, a consistência e a transparência do processo de categorização e análise.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A presente seção se dedica à interpretação e discussão dos achados do estudo, estabelecendo um diálogo direto entre os resultados obtidos e o referencial teórico que o sustenta. A discussão foi iniciada com um panorama geral dos dados, e, em seguida, foram aprofundados nos principais eixos de perspectivas encontrados. Em cada ponto, busca-se debruçar-se sobre a temática central e confrontá-la com os objetivos deste estudo, a fim de extrair o significado dos dados.

Com a coleta de dados, foram identificados vinte indivíduos que se enquadram nos perfis de atores sociais ou gestores em saúde, conforme pretendido nos objetivos deste estudo. No quadro 4, apresentam-se sua identificação e seu código, para fins de identificação e melhora da leitura do presente trabalho. Sendo identificados como “A” seguido do número na ordem dos dados coletados para os atores não governamentais e “AG” também seguido do número de ordem para os atores governamentais.

Quadro 4 - Identificação dos atores e gestores encontrados

AGENTE/GESTOR	CÓDIGO
A01	Presidente do SINSEJ (2022-2025)
AG02	Diretora Executiva do Hospital Municipal São José (2021-2025)
A03	Vereador (2020-2024/2025)
A04	Médico/Vereador (2020-2024)
A05	Vereadora (2020-2024)
A06	Cidadão
A07	Diretora SINSEJ (2022-2025)
AG08	Enfermeira/Ex secretária da saúde (2012-2014)/Presidente do PT de Joinville (2025)
A09	Presidente SINTRAEJ (2022-2025)
A10	Administrador/Aposentado da Receita Federal
A11	Professora de administração
A12	Candidato a vereador
A13	Professor do Cursinho Popular "Inserção"
A14	Vereador (2020-2024/2025-2028)
AG15	Prefeito de Joinville (2020-2024/2025-2028)
A16	Presidente do Sociedade Joinvilense de Medicina (2014-2017/2017-2020)
A17	Paciente do Amb. de Oncologia do HMSJ
AG18	Diretor-presidente do HMSJ/Enfermeiro (2022-2025)
A19	Promotor de Justiça do Distrito Federal
A20	Diretora executiva do HIJAF

Fonte: o autor (2025).

Desta forma, os principais achados no que se referem às categorias de análise, podem ser vistos na tabela 1.

Tabela 1 - Categorias de análise

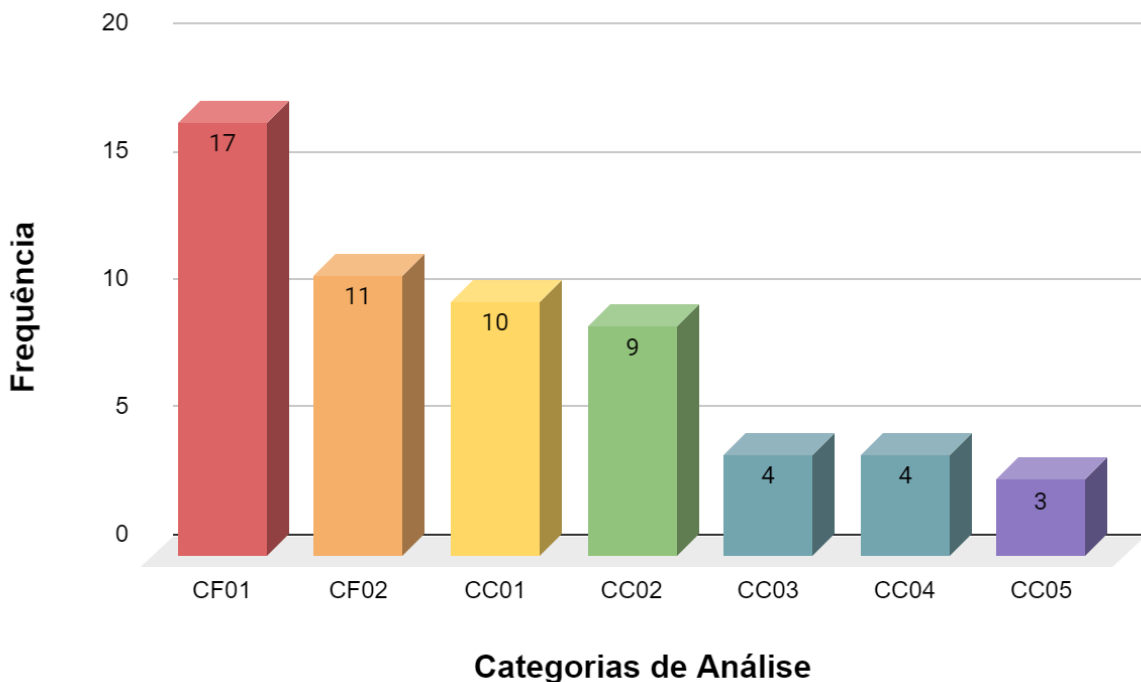
CATEGORIAS	A01	AG02	AG15	A17	A09	A14	A16	A19	A03	A04	AG08	A12	AG18	A05	A06	A07	A10	A11	A13	A20	TOTAL
CF01	0	6	6	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	17
CF02	0	3	2	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	11
CC01	3	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	10
CC02	7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9
CC03	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
CC04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	4
CC05	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
TOTAL	12	9	8	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	58

Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta *Atlas.ti* (2025).

Sendo assim, a coleta de dados evidenciou cinco categorias de análises nas perspectivas dos atores sociais encontrados nos documentos. Com os eixos de perspectivas identificados, foi atribuído um código de “CF” para eixos de perspectivas a favor da terceirização, e “CC” para eixos de perspectivas contra a terceirização, sendo elas: gestão/eficiência (CF01); burocracia excessiva (CF02); gestão/eficiência (CC01); gestão de pessoas (CC02); Governança (CC03); Motivação política/ideológica (CC04) e corrupção nas OSS (CC05).

A distribuição da frequência que cada categoria de análise, mencionada como fator relacionado com a terceirização, é apresentada no gráfico 1.

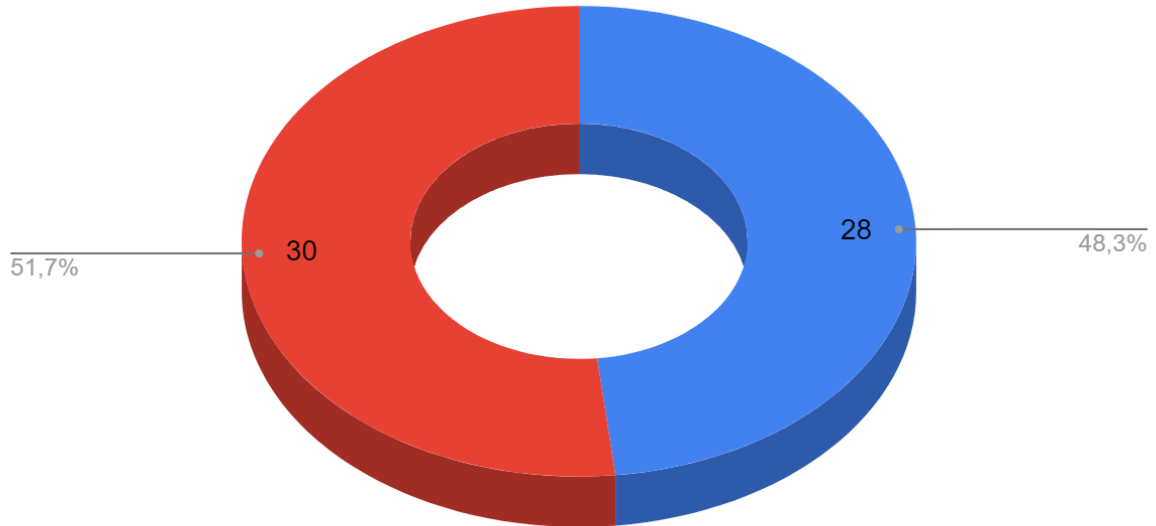
Gráfico 1 - Categorias de análise x frequência



Fonte: o autor (2025)

Denota-se que as categorias de análise dividiram-se em fatores motivadores tanto a favor como contra a terceirização. Do total de 58 códigos gerados na análise dos dados, 28 (48,3%) se apresentaram em categorias de análise a favor da terceirização, e outros 30 (51,7%) códigos apresentaram em categorias apresentando fatores contra a terceirização. Sua distribuição quanto aos fatores a favor, em azul, e contra, em vermelho, podem ser observados no gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição frequência de códigos a favor e contra



Fonte: o autor (2025).

Nos capítulos a seguir, encontra-se a discussão de cada categoria de análise, separando-as por fatores motivadores contra e a favor da terceirização.

4.1 Fatores Motivadores A Favor da Terceirização da Gestão Hospitalar

No que diz respeito aos fatores motivadores a terceirização da gestão hospitalar, dois principais eixos de perspectivas foram identificados: a gestão e eficiência do modelo de gestão terceirizada, e a burocracia excessiva na gestão direta, que a gestão por uma OSS não teria de seguir. Na tabela 2, apresentam-se os dados referentes aos fatores motivadores a favor da terceirização, encontrados a partir da coleta e análise dos documentos.

Tabela 2 - Fatores motivadores a favor da terceirização

	AG02	AG15	A03	A14	A16	AG18	A17	A20	A04	TOTAL
CF01	6	6	1	1	1	1	0	1	0	17
CF02	3	2	1	1	1	1	1	0	1	11
TOTAL	9	8	2	2	2	2	1	1	1	28

Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta *Atlas.ti* (2025).

Os subtítulos a seguir buscam detalhar e discorrer sobre cada eixo a favor da terceirização, buscando o significado e a consonância com os objetivos da pesquisa.

4.1.1 Gestão e eficiência na gestão terceirizada

Quanto aos atores que expressaram perspectivas a favor da terceirização, com vista à gestão e eficiência do modelo, demonstraram-se como apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Gestão/eficiência (a favor)

CATEGORIA	AG02	A03	A14	AG15	A16	AG18	A20	TOTAL
CF01	6	1	1	6	1	1	1	17

Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta *Atlas.ti* (2025).

Neste eixo, a análise revelou uma forte convergência nas falas dos atores A02 e A03, que defendem a terceirização da gestão hospitalar como um modelo mais ágil e adequado às necessidades do serviço público de saúde.

O consenso entre os discursos das entrevistas publicadas e transcritas para este estudo aponta para três principais benefícios da terceirização por Organizações Sociais (OS): a contratação de pessoal simplificada, a agilidade nos processos administrativos e a eficiência da gestão.

O Agente A02, por exemplo, ao apresentar o tema em uma audiência pública da comissão de saúde, destacou a flexibilidade como o principal trunfo desse modelo:

“Então, com a gestão por organização social, os benefícios a gente pode destacar alguns benefícios, dentre eles maior eficiência, justamente porque a gente tem mais agilidade na administração, um dos trunfos da organização social é de fato a flexibilidade administrativa combinada com um processo de contratação mais simplificado” (A02, 2024).

Essa percepção é corroborada pela literatura, pois segundo Tibério et al. (2010), por exemplo, defendem a maior eficiência do modelo de gestão terceirizado por Organizações Sociais. Os autores explicam que, ao não estarem submetidas integralmente à Lei de Licitações e Contratos, as OSs ganham flexibilidade administrativa e agilidade nas compras e contratações. Contudo, apontam, ainda, para um questionamento sobre os limites dessa flexibilidade, considerando as limitações orçamentárias impostas pelos contratos de gestão, especialmente no que tange a recursos humanos necessários para o atingimento das metas.

Para além da agilidade administrativa, outra perspectiva frequentemente levantada é a de que a gestão hospitalar terceirizada confere um melhor uso e otimização dos recursos públicos. Essa otimização é defendida pelo Agente A15, que cita um caso de sucesso local:

“O (hospital) Infantil é um exemplo de OS que funciona. Desta forma conseguiu ao longo do tempo reduzir o custo, já que o joinvilense paga essa conta sozinho, e dá condições para Joinville investir nesta área” (A15, 2020).

O argumento da otimização dos recursos nas OSS é compartilhado por Soares et al. (2016), pois sintetizam que o melhor uso dos recursos é derivado diretamente da autonomia da organização em gerenciar e orçar os valores destinados à execução de suas atividades, que, por sua vez, pode melhor adaptar o uso destes recursos na organização frente às necessidades organizacionais.

O apontamento da melhor utilização dos recursos públicos se encontra com a perspectiva de necessidade dessa otimização, advinda da terceirização da gestão, tomando em consideração o alto custo que a gestão direta no hospital traz para o município. Em depoimento a um canal de notícias local o Agente A15 pronunciou o seguinte:

“Citando os altos custos do Hospital Municipal São José para manter seus 1.300 servidores, [Prefeito Municipal] sugere contrato com uma organização social (OS) para reduzir os gastos da prefeitura.” (A15, 2024)

Os dados orçamentários disponibilizados pela Prefeitura de Joinville (2024) oferecem uma perspectiva impactante sobre o custo da gestão hospitalar pública. Em 2024, o município arrecadou um total de R\$ 270.965.795,83 através do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU). Em contraste, apenas ao Hospital Municipal São José foi destinado R\$ 178.183.619,67 para o pagamento de sua folha de pessoal. Em outras palavras, o valor gasto com a remuneração dos servidores do Hospital São José corresponde a 65,75% de toda a arrecadação municipal com o IPTU (Joinville, 2024).

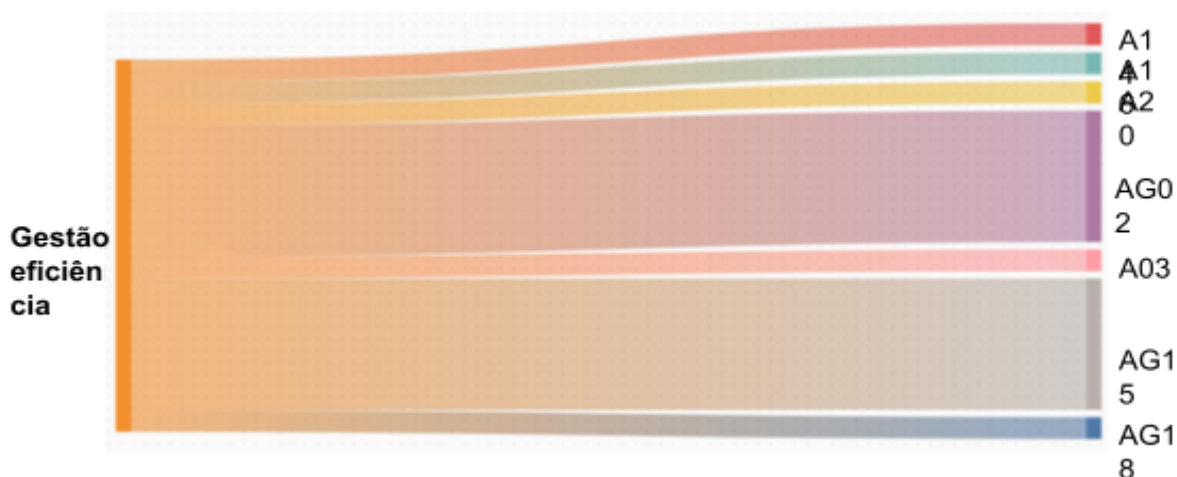
Essa comparação evidencia a dimensão do desafio financeiro. Ao contabilizar as demais despesas operacionais do Hospital (insumos, manutenção, entre outros), o valor total arrecadado com o IPTU se mostra insuficiente para cobrir a totalidade dos custos do Hospital Municipal São José, que em 2024, fechou em R\$ 271.624.201,53 (Joinville, 2024).

Neste cenário de alta rigidez orçamentária e sobrecarga de gastos com pessoal, a flexibilidade administrativa e a simplificação na contratação (discutidas no parágrafo anterior) podem ser vistas como os caminhos para aliviar a pressão financeira, conforme demonstrado por A02 e A15, exibido pela comparação do IPTU.

Entretanto, a crença de que a terceirização resolve a rigidez dos custos com pessoal nem sempre se alinha com os dados práticos. Essa motivação defendida pelos gestores entra em desacordo com as descobertas de Shimizu e Veronezi (2020) que, ao analisarem estudos comparativos entre hospitais de gestão direta (pública tradicional) e aqueles geridos por Organizações Sociais (OSS), questionam a ideia de que a política salarial seja significativamente diferente entre os dois modelos. Eles demonstram, inclusive, que as unidades terceirizadas favoreciam os salários da área assistencial (médicos, enfermeiros, etc.), com valores que se mostraram mais altos do que os salários pagos nas unidades sob gestão direta.

Com base na codificação realizada, foi possível identificar a recorrência de falas dos atores que associam a terceirização da gestão hospitalar à melhoria da eficiência administrativa e operacional. Para ilustrar visualmente essa relação entre os participantes da pesquisa e a categoria temática “Gestão/eficiência”, elaborou-se o Gráfico 3, que apresenta, em formato *Sankey*, o fluxo de menções entre os atores e essa categoria de análise.

Gráfico 3 - Gestão/eficiência a favor em Sankey



Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta *Atlas.ti* (2025).

O diagrama permite visualizar o fluxo das associações entre os sujeitos analisados e essa categoria temática, representando a intensidade das conexões por meio da espessura das linhas. Quanto mais espessa a ligação entre o agente e a categoria, maior é a frequência de menções nos registros e documentos analisados.

A análise visual demonstra que os atores AG02 (Diretora Executiva do Hospital Municipal São José) e AG15 (Prefeito de Joinville) concentram o maior volume de argumentos relacionados à eficiência e à racionalização administrativa no modelo de gestão terceirizada, somando o maior número de codificações. Essa predominância evidencia o papel central das lideranças institucionais da gestão pública na construção de uma narrativa favorável à adoção do modelo de Organizações Sociais (OS) para o gerenciamento hospitalar.

Os discursos desses atores reforçam a percepção de que a terceirização possibilita maior autonomia gerencial, redução de entraves burocráticos e melhor aproveitamento dos recursos públicos, permitindo uma resposta mais ágil às demandas cotidianas dos hospitais. Tais falas enfatizam a flexibilidade administrativa e a simplificação dos processos de contratação e aquisição, frequentemente apontadas como limitações da gestão direta. Nesse sentido, o gráfico traduz, de maneira visual, a centralidade dessa perspectiva na argumentação pró-terceirização.

Além dos principais atores, o Gráfico também evidencia a participação de outros atores — A14, A16, A20, A03 e AG18 — que, embora com menor frequência de menções, convergem para o mesmo entendimento de que o modelo terceirizado

tende a proporcionar ganhos de eficiência operacional. A presença de diferentes atores, tanto políticos quanto técnicos, reforça a amplitude do consenso em torno da ideia de que a parceria com Organizações Sociais representa uma alternativa capaz de modernizar a gestão hospitalar e otimizar o uso dos recursos públicos.

De modo geral, a leitura do gráfico confirma que a categoria Gestão/eficiência ocupa posição central entre os argumentos a favor da terceirização, constituindo um eixo discursivo estruturante nas falas analisadas. Assim, o Gráfico não apenas sintetiza o volume e a distribuição das menções, mas também permite compreender o alinhamento entre os discursos institucionais e as justificativas apresentadas pelos gestores públicos para sustentar a adoção de modelos de gestão terceirizada no contexto hospitalar joinvilense.

Por fim, dada a análise da categoria Gestão/eficiência, observa-se que a defesa da terceirização está fortemente ancorada na percepção de que esse modelo confere maior agilidade e eficácia administrativa aos serviços hospitalares. Entretanto, a ênfase atribuída à eficiência não se apresenta de forma isolada, mas está intrinsecamente relacionada a outro eixo argumentativo recorrente nas falas dos gestores: a crítica à morosidade e à rigidez da administração pública tradicional. Assim, no tópico a seguir, discute-se a burocracia excessiva na gestão direta como um dos principais fatores que impulsionam a busca por modelos alternativos de gestão hospitalar, à luz das perspectivas identificadas nos documentos analisados.

4.1.2 Burocracia excessiva na gestão direta

No que se refere às perspectivas a favor da terceirização, quanto à burocracia excessiva da administração direta, apresenta-se o panorama das respostas na tabela 4.

Tabela 4 - Burocracia excessiva

CATEGORIA	AG02	A03	A04	A14	AG15	A16	A17	AG18	TOTAL
CF02	3	1	1	1	2	1	1	1	11

Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

Neste eixo, as perspectivas a favor da terceirização se consolidam a partir de críticas diretas à gestão pública tradicional, justificando a terceirização da gestão

como uma solução para os problemas estruturais. Nesse caso, o cerne das críticas reside na burocracia que, na visão dos defensores da terceirização, se mostra incapaz de atender com agilidade às demandas de uma instituição complexa como o hospital. Essa rigidez foi frequentemente mencionada como um fator que compromete a eficiência e a capacidade de resposta rápida da gestão hospitalar.

Ao se referir à burocracia enfrentada pelo hospital municipal, o Agente A02 detalha:

“A gestão direta do hospital [Hospital Municipal São José] enfrenta uma série de desafios. O modelo tradicional, embora fundamentado em premissas de equidade e universalidade do SUS, acaba esbarrando em uma série de questões burocráticas que comprometem a eficiência do serviço prestado. Entre esses desafios, eu destaco, de fato, a burocracia excessiva e a lentidão nos processos de compra, o que é resultado do que preconiza a legislação e até decorrente da realidade” (A02, 2024).

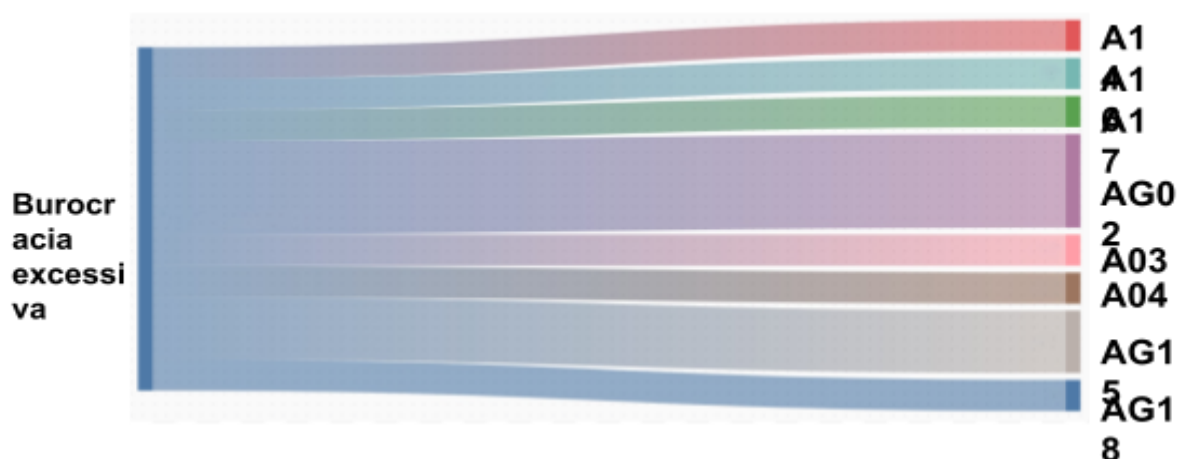
Conforme destacado pelo A02, esses processos de aquisição estão sujeitos à Lei de Licitações e Contratos (atualmente a Lei nº 14.133/2021). A lentidão resultante desses trâmites é vista como um obstáculo crítico para a rotina do hospital, onde a necessidade de materiais e medicamentos é constante e urgente.

Essa visão dos gestores sobre a rigidez do modelo de gestão direta é solidamente apoiada pela literatura, como se pode ver nos estudos de Bresser-Pereira (1996) quando descreve como o modelo burocrático, embora essencial para garantir a impessoalidade e o controle, tende a se degenerar em uma gestão lenta, rígida e onerosa para os cofres públicos.

Tais disfunções burocráticas apontadas por Bresser-Pereira (1996) encontra total correspondência na realidade do Hospital Municipal São José, conforme reafirmado pelo Agente A18: “Ela [a burocracia] é tão amarrada para evitar desvios, evitar fraudes, que acaba tornando o processo extremamente engessado e, automaticamente, moroso.” (A18, 2024). Sendo assim, o discurso do agente A18 sintetiza as perspectivas em defesa da terceirização da gestão hospitalar: o excesso de amarras, projetado para evitar a corrupção, resulta paradoxalmente na lentidão que inviabiliza a eficiência hospitalar.

Para representar de forma visual a frequência e a distribuição das menções relacionadas à categoria Burocracia excessiva, elaborou-se o Gráfico 4, que demonstra como diferentes atores sociais e gestores associaram esse fator à defesa da terceirização da gestão hospitalar.

Gráfico 4 - Burocracia excessiva Sankey



Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta *Atlas.ti* (2025).

O gráfico em formato *Sankey* ilustra o fluxo entre os participantes identificados e a referida categoria de análise, evidenciando quais atores destacaram, com maior ênfase, a morosidade dos processos administrativos e a rigidez das normas na gestão direta como obstáculos à eficiência do serviço público.

Apresenta a relação entre os atores sociais analisados e a categoria Burocracia excessiva, evidenciando que a percepção da lentidão e da rigidez da administração pública tradicional constitui um dos principais argumentos favoráveis a terceirização da gestão hospitalar. Essa categoria de análise emerge com força a partir das falas dos atores AG02 (Diretora Executiva do Hospital Municipal São José) e AG18 (Diretor-Presidente do Hospital Municipal São José), além de outros participantes como A03, A04, A14, AG15, A16 e A17, que também associaram a burocracia à perda de agilidade nos processos de compra, contratação e tomada de decisão.

A leitura do gráfico revela que a crítica à burocracia é uma dimensão transversal nas falas dos gestores públicos. Ela se manifesta principalmente como frustração diante da lentidão dos trâmites licitatórios e da multiplicidade de exigências legais que, embora criadas para garantir transparência e controle, acabam comprometendo a eficiência operacional das unidades hospitalares. Esses gestores argumentam que o excesso de etapas formais e aprovações sucessivas reduz a capacidade de resposta das instituições às demandas cotidianas e emergenciais, especialmente em situações que exigem rapidez, como reposição de

insumos, manutenção de equipamentos e contratação de pessoal temporário.

Após a análise dos fatores motivadores favoráveis a terceirização, torna-se necessário compreender as perspectivas contrárias identificadas nos documentos e discursos examinados. O item a seguir, portanto, apresenta os fatores motivadores contrários a terceirização da gestão hospitalar, destacando os principais eixos de resistência observados nas perspectivas dos atores sociais e gestores públicos de Joinville.

4.2 Fatores Motivadores Contra a Terceirização da Gestão Hospitalar

Quanto aos fatores motivadores que apresentam perspectivas contra a terceirização da gestão hospitalar, foram identificadas cinco outras categorias de análise: gestão de pessoas; gestão e eficiência; corrupção nas OSS; motivação política ou ideológica e governança. Quanto a distribuição de frequência de cada categoria de análise no que diz respeito aos motivadores contra a terceirização, apresenta-se a tabela 3.

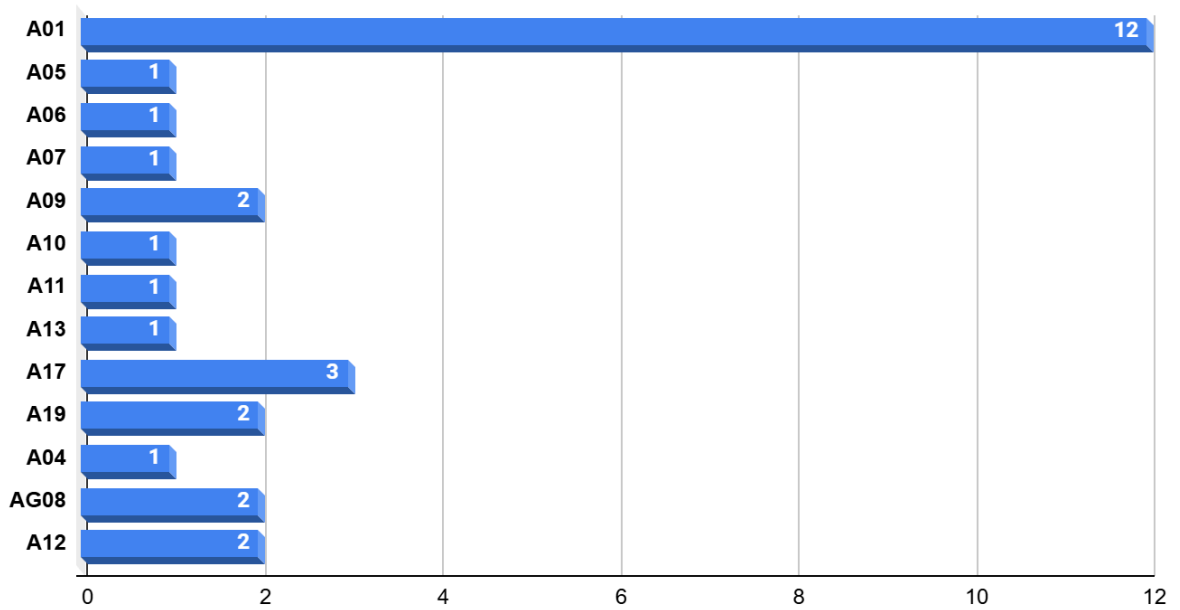
Tabela 3 - Fatores Motivadores Contra a Terceirização

CATEGORIAS	A01	A05	A06	A07	A09	A10	A11	A13	A17	A19	A04	AG08	A12	TOTAL
CC01	3	1	1	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	10
CC02	7	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	9
CC03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	4
CC04	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	4
CC05	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
TOTAL	12	1	1	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2	30

Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

Observando os dados, nota-se que o agente A01 é o que mais apresentou perspectivas contrárias a terceirização, que pode ser melhor observado no gráfico 5.

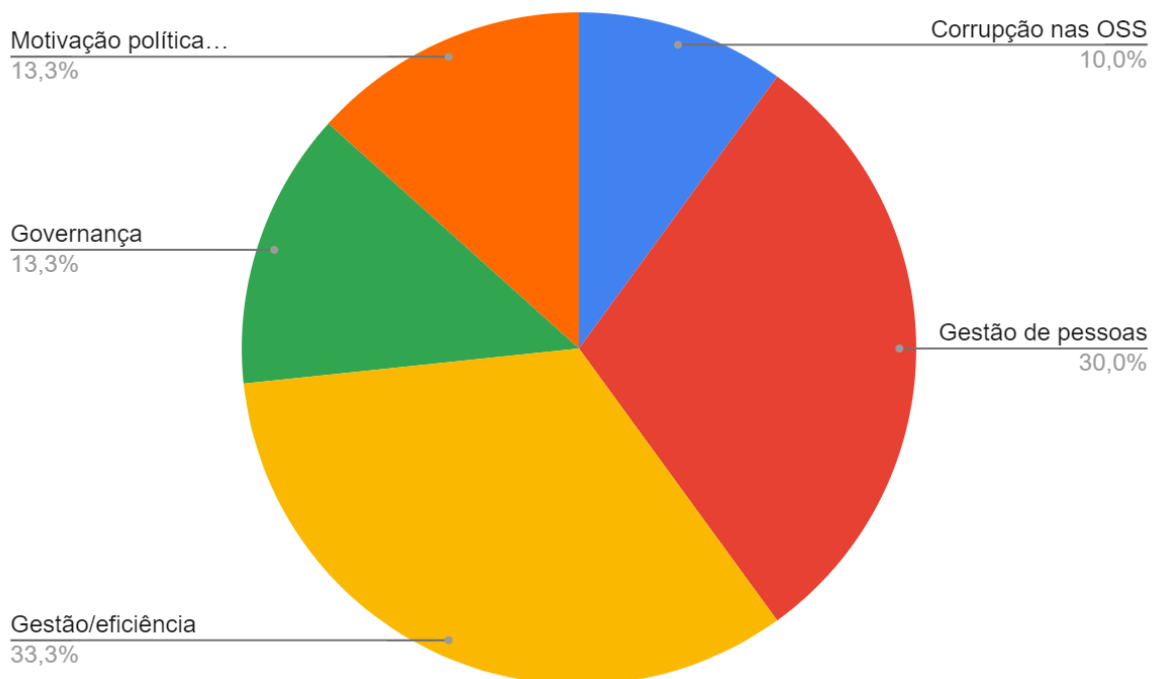
Gráfico 5 - atores Contra a Terceirização



Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

Já no que se refere à distribuição de frequência por categoria de análise, essa é apresentada no gráfico 6.

Gráfico 6 - Categorias de Análise Contra a Terceirização



Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

Nos parágrafos a seguir se discutirá cada categoria de análise que apresenta perspectivas contra a terceirização.

4.2.1 Gestão e eficiência na gestão terceirizada

Embora a categoria de análise Gestão/Eficiência constitua um fator motivador a favor da terceirização, conforme discutido na seção anterior, ela também se manifestou como um fator crítico, o que demonstra a tensão central do debate. Os atores que apresentaram perspectivas referentes a esta categoria de análise podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4 - Gestão Eficiência (Contra)

CATEGORIA	A01	A05	A06	A07	A09	A17	TOTAL
CC01	3	1	1	1	2	2	10

Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

Neste eixo de crítica, a perspectiva dos atores levanta preocupações claras de que a terceirização pode levar à precarização do serviço público. Para além da

precarização, eles também questionam a capacidade do poder público local de fiscalizar as ações de uma eventual Organização Social (OSS), o que, conseqüentemente, é apontado como causa da queda na qualidade do atendimento hospitalar. O Agente A05, em discurso transcrito de uma audiência pública, liga a lógica do lucro à precarização, alertando sobre o risco central do modelo:

“Qual é a empresa que vai assumir a responsabilidade de administrar um hospital sem querer lucro? E no lucro, quem sai perdendo, de algum lugar esse dinheiro precisa sair para se garantir o lucro da empresa, da organização que vai administrar, quem vai perder é a população, é a população que precisa do atendimento são os servidores, é a categoria que será contratada de forma precarizada. Quem me acompanha sabe, não defendo nenhuma contratação que precariza as condições de trabalho dos trabalhadores e das trabalhadoras, e para que haja lucro obviamente que terá redução de Salários” (A05, 2024).

A fala do Agente A05 sintetiza o dilema ético: a busca por lucratividade inerente ao modelo privado é vista como o motor que impulsiona a redução de salários e a precarização das condições de trabalho. O resultado final, para os atores que compartilham de perspectivas contrárias ao modelo, é a deterioração da qualidade e o prejuízo direto à população.

O ideal da terceirização, tal como preconizado por Bresser-Pereira (2002) com a Reforma Gerencial (MARE), buscava justamente a melhor eficiência dos serviços sociais. O pressuposto teórico era que a flexibilidade geraria incentivos para que os serviços públicos - os hospitais - tomassem ações mais assertivas para satisfazer seus "clientes-cidadãos", superando as dificuldades do rígido modelo burocrático. Este ideal de maior eficiência é, de fato, compartilhado pelos atores que defendem a terceirização na seção anterior.

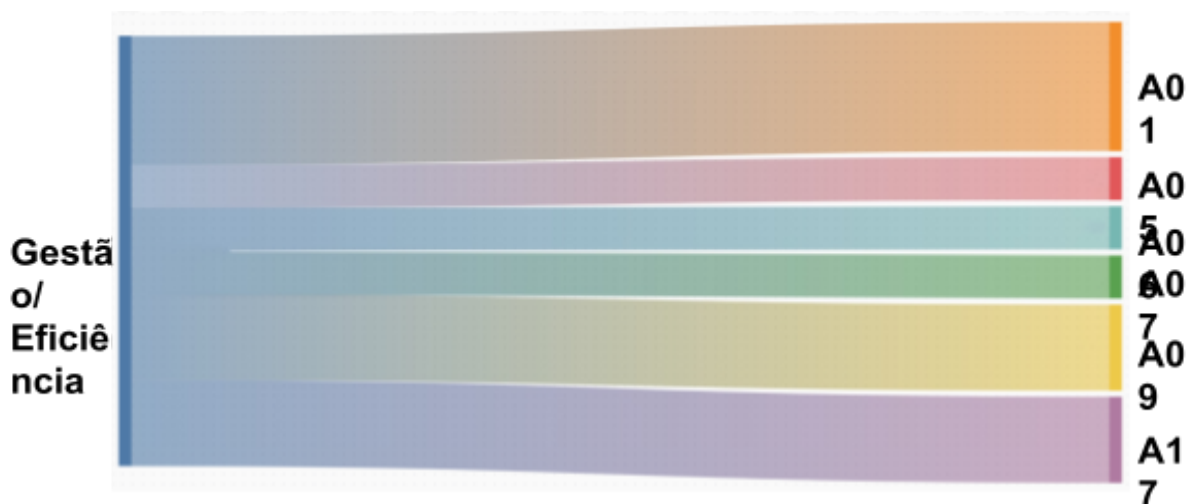
No entanto, do ponto de vista daqueles que se contrapõem a terceirização da gestão, o modelo constitui a mercantilização de serviços essenciais para o bem-estar social. A lógica crítica de A05 encontra eco em Druck (2016), que argumenta que a terceirização injeta a lógica do mercado de exploração e lucro nas instituições públicas, culminando no acobertamento da apropriação dos recursos e na conseqüente precarização advinda dessa lógica. Essa perspectiva é reforçada pelo Agente A09, que, durante discurso em audiência pública, aponta para o possível cenário com a terceirização do hospital:

“Começa por ali [referindo-se a terceirização de outros serviços públicos] e chega no São José. Nós não podemos aceitar isso, estão acabando com o patrimônio público, entregando para financeirização para ganhar mais dinheiro no mercado financeiro, é isso o que estão fazendo. E o que sobra lá na frente para nós é sucateamento, sem serviço público, sem controle adequado de serviço público para população, porque não sobra mais nada, o que veremos é aumento de impostos e tarifas maiores para pagar, e sem o serviço público adequado para a população” (A09, 2024).

Este relato apenas fortalece o contraste evidente na discussão da terceirização da gestão hospitalar pública no município: enquanto um grupo clama por maior eficiência e flexibilidade da gestão para melhor atender as demandas de um hospital, o outro aponta para a precarização, o sucateamento e a apropriação dos recursos públicos advindos deste modelo de gestão, demonstrando a polarização do tema.

A análise da categoria Gestão/Eficiência como fator motivador contrário a terceirização demonstra a intensa polarização do debate, uma vez que este mesmo eixo é central para os defensores do modelo. Neste contexto de crítica, a distribuição das frequências dos atores é ilustrada no gráfico 7, que evidencia quais atores destacaram a ineficiência e os perigos associados a um agente privado na gerência dos serviços dos hospitais públicos.

Gráfico 7 - Gestão/eficiência (Contra) Sankey



Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

O gráfico 7 apresenta a relação entre os atores e a crítica à gestão e eficiência do modelo terceirizado. A visualização do fluxo de frequência evidencia as preocupações quanto à precarização dos serviços hospitalares e à apropriação dos

recursos públicos sob a gestão de uma Organização Social.

Neste ponto, observa-se que os atores que representam este eixo de perspectiva são exclusivamente externos ao âmbito da gestão pública municipal (A01, A05, A06, A07, A09, A17). O maior peso de frequência está nitidamente atribuído ao Agente A01, seguido, em ordem decrescente, por A09, A17, A05, A06 e A07.

A leitura do gráfico ilustra como a lógica do lucro inerente ao modelo – mesmo que sob a qualificação de Organização Social – é o principal elemento que leva os atores sociais externos a associarem a terceirização à ineficiência e ao sucateamento. Esta preocupação central não foi compartilhada por nenhum dos atores governamentais analisados nos documentos, os quais, em grande parte, defenderam a terceirização como solução para diversas demandas de eficiência hospitalar, conforme analisado na seção 4.1.1.

A intensa concentração da crítica nos atores externos sugere que a desconfiança sobre a capacidade de fiscalização e a percepção de risco de desvio de recursos são temas fortemente ligados à representação social dos interesses da comunidade e dos trabalhadores, e não de visões internas do corpo gestor.

A crítica à Gestão e Eficiência se estabelece, portanto, na tensão entre o ideal de agilidade gerencial e o medo concreto do sucateamento. Conforme o fluxo do gráfico 7, esta crítica é sustentada por atores de controle social e representação laboral. No entanto, o fator que mais diretamente evidencia a deterioração da qualidade do serviço público é a fragilização do vínculo e da condição de trabalho dos profissionais.

No item a seguir, será discutida a “Gestão de Pessoas” como perspectiva também contrária a terceirização da gestão hospitalar, onde o foco da crítica se volta para as consequências do modelo sobre os direitos e o quadro funcional do hospital.

4.2.2 Gestão de Pessoas na Gestão Terceirizada

No que tange à Gestão de Pessoas como fator motivador contrário a terceirização, esta categoria obteve uma distribuição pertinentemente desigual de frequência nos documentos analisados, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 - Gestão de Pessoas

CATEGORIA	A01	A17	A12	TOTAL
CC02	7	1	1	9

Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

Nessa categoria, observa-se a prevalência da frequência do Agente A01, o que é notável, considerando a natureza do tema: direitos e condições de trabalho dos servidores do município e dos trabalhadores terceirizados. A função do Agente A01 no município - considerando que ele representa a categoria de trabalhadores ou a fiscalização social - certamente contribuiu para a profundidade e o foco das questões abordadas neste eixo de análise.

Neste eixo das perspectivas, é discutido como o modelo de gestão hospitalar terceirizada e pode afetar o quadro de servidores do hospital municipal, e como a precarização das condições de trabalho subsequente tem reflexo direto na qualidade do atendimento prestado pelos profissionais. Perpassando a questão da corrupção nas Organizações Sociais – a ser discutida em seção mais adiante –, o Agente A01, em fala durante uma audiência pública, aponta que com a terceirização, a

“categoria [servidores públicos do Hospital Municipal São José] será extinta, e com isso, extinto também a qualidade do serviço prestado à população. Porque organização social pode ter um ou dois exemplos ali que ainda não investigamos, mas nós investigamos 11 das organizações sociais que a prefeitura de Joinville qualificou como aptas, como qualificadas para assumir a saúde pública do município de Joinville. E pasmem, senhoras e senhores, 100% envolvidas, ou em esquemas de corrupção, ou envolvidas com sérios problemas de justiça com relação aos direitos trabalhistas que vão desde assédio moral, falta de pagamento de salário, desvio de função [...]” (A01, 2024)

O relato do A01 não apenas reforça a preocupação com a extinção da categoria - servidores concursados - e a queda de qualidade, mas também evidencia outras faces da terceirização no campo da gestão de pessoas: o desrespeito aos direitos trabalhistas, que inclui assédio moral e falta de pagamento de salário, e a fragilidade das condições de trabalho.

Discutindo essas desvantagens, Mendes, Cegatti e Carnut (2020) apontam que o modelo de gestão, ao atender os interesses do setor privado decorrente da mercantilização da saúde pública, fragiliza as condições de trabalho, com menor remuneração, acarretando alta rotatividade, insegurança no trabalho, impactos na

aposentadoria, entre outros. Esta fragilização é vista como um caminho inevitável para a OS garantir o seu lucro. O disposto por Mendes, Cegatti e Carnut (2020) e a fala anterior de A01 encontram um reforço enfático em outro trecho do mesmo agente, que detalha o efeito da flexibilidade salarial e de vínculo, e como essa se aplicaria caso implantado a OS num hospital do município:

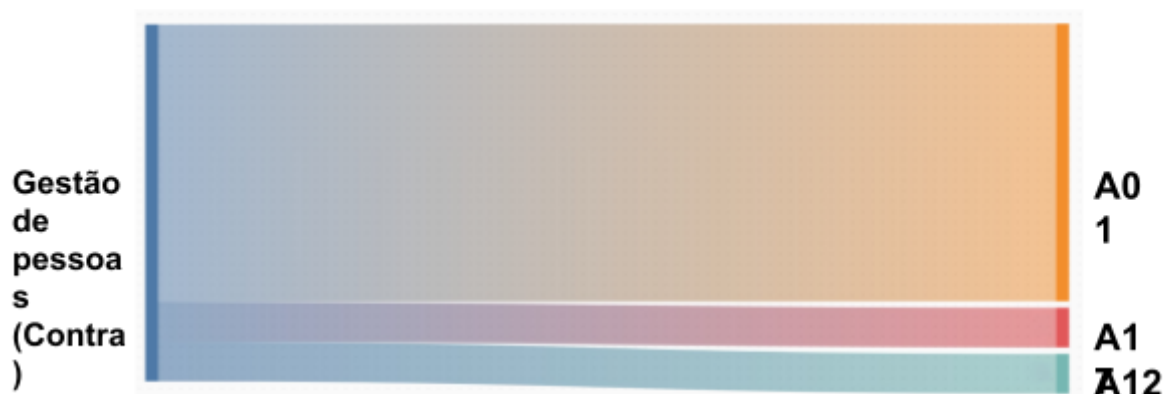
“[...] a organização social vai dar um pé na bunda do servidor. Assim que ela entrar no Hospital São José, a perda de direitos vai ser imediata. A perda salarial e das gratificações específicas de unidade hospitalar vai ser imediata, mas não é só o servidor que perde, a população também, porque este servidor qualificado dedicado vai ser substituído por uma trabalhadora ou um trabalhador com salário miserável. E ele vai ter uma rotatividade dentro do hospital, porque o trabalhador vai em busca de um salário melhor” (A01, 2024)

Entretanto, é interessante destacar aquilo apontado por Mendes, Cegatti e Carnut (2020), e ecoado por A01 em sua fala, contrapõe uma fala de AG02, que em defesa do modelo terceirizado, pontua que:

“ainda que haja muita discussão com relação a esse assunto, mas os servidores, de fato, terão melhores condições de trabalho e capacitação permanente”. (AG02, 2024)

O argumento de AG02 alinha-se ao ideal da Nova Gestão Pública (NGP), que vê na autonomia gerencial a possibilidade de se desvencilhar da rigidez burocrática e adotar práticas de gestão de pessoas focadas em desempenho e desenvolvimento. Na visão defendida pelo agente, a gestão terceirizada seria mais ágil para oferecer capacitação contínua e melhores condições contratuais, elevando a qualidade do capital humano do servidor (Bresser-Pereira, 2002).

Neste contexto de crítica, a distribuição das frequências dos atores é ilustrada no gráfico 8, que evidencia quais atores destacaram as consequências associadas a terceirização da gestão hospitalar com o enfraquecimento do vínculo empregatício, redução de direitos trabalhistas e a subsequente precarização do serviço.

Gráfico 8 - Gestão de Pessoas *Sankey*

Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

O gráfico 8 apresenta a distribuição de frequência dos atores que enxergam a terceirização como prejudicial à gestão de pessoas no hospital público. De imediato, o gráfico ilustra um vínculo extremamente forte do Agente A01 com esta categoria de análise, o qual domina o fluxo de preocupação.

Analisando o peso das contribuições, o Agente A01 possui a maior frequência, seguido por A17 e A12. Isto corrobora a análise da seção anterior: o Agente A01, em função de seu papel sindicalista em prol dos direitos dos servidores, possui a percepção mais alarmante sobre os prejuízos causados pela terceirização.

É notável o número reduzido de atores nesta categoria de crítica. Dos poucos incluídos, a maioria são atores da sociedade civil e de representação (A01, A17), o que demonstra uma situação similar à categoria anterior. Essa concentração indica que tais preocupações sobre a perda de direitos, a rotatividade e a queda salarial são prevalentes na esfera da sociedade civil e dos trabalhadores, e não são internalizadas como um risco significativo pelo corpo da gestão pública municipal.

A leitura do gráfico permite entender a intensa ansiedade quanto aos direitos dos servidores e futuros funcionários de uma gestão hospitalar terceirizada. Uma vez que o modelo, conforme apontado na seção de “Gestão e Eficiência”, busca atender demandas de mercado, o enfraquecimento do vínculo empregatício é coincidente com a redução dos salários e direitos do trabalhador.

A forte prevalência do Agente A01, somada às preocupações de A17 e A12, estabelece que a precarização do vínculo laboral é um dos eixos de crítica mais coesos e vocalizados do debate local. O medo da alta rotatividade e da consequente deterioração da qualidade do serviço público, como preconizado por Mendes,

Cegatti e Carnut (2020), é claramente internalizado e representado pelos atores contrários ao modelo.

Dando sequência, a seção a seguir analisa a categoria Governança e Fiscalização como fator motivador contrário a terceirização, abordando as implicações do modelo sobre a habilidade da gestão pública em exercer o devido controle sobre o ente terceirizado.

4.2.3 Governança

Quanto à categoria de análise referente à governança, apresenta-se abaixo a tabela 6 com a relação dos atores que demonstraram perspectivas neste eixo de crítica a terceirização da gestão hospitalar.

Tabela 6 - Governança (Contra)

CATEGORIA	A19	A04	AG08	TOTAL
CC03	2	1	1	4

Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

Nesta categoria de análise, as preocupações dos atores giraram em torno da capacidade da gestão pública de exercer controle e governança sob uma entidade terceirizada. Esta função de governança é apontada como uma ferramenta estratégica da administração pública para o enfrentamento de demandas críticas do sistema de saúde, mas seria enfraquecida diante da necessidade de exercê-la sobre entes de gestão terceirizada. Em depoimento a um canal midiático local, o Agente A19 declarou, ao tratar do assunto da possível terceirização do hospital municipal de Joinville, que:

“Isso aí [gestão via O.S], do ponto de vista da governabilidade da saúde da região, é um desastre, porque é um hospital estratégico e, quando tiver que tomar uma decisão estratégica, de gestão, que importe em impactos financeiros, não vai tomar, porque não está contratado”. (A19, 2024).

A crítica do A19 toca na essência da boa governança, que, segundo o Tribunal de Contas da União (TCU), é a capacidade da gestão pública de direcionar a administração para a condução de políticas públicas e serviços de interesse da

sociedade. A fragilidade na governança, conforme a perspectiva de crítica, manifesta-se no conflito entre o interesse público e a lógica privada. O Agente AG08, em depoimento, reforçou - em discurso - a fragilidade da gestão pública diante da pressão das organizações sociais, cujas decisões são pautadas pela rentabilidade:

“Se a privatização fosse tão boa em Joinville, nós não precisávamos mandar as nossas crianças queimadas para Florianópolis, nem internar as nossas adolescentes na maternidade Darcy Vargas. Isto porque os setores foram fechados, porque não davam lucros” (AG08, 2024).

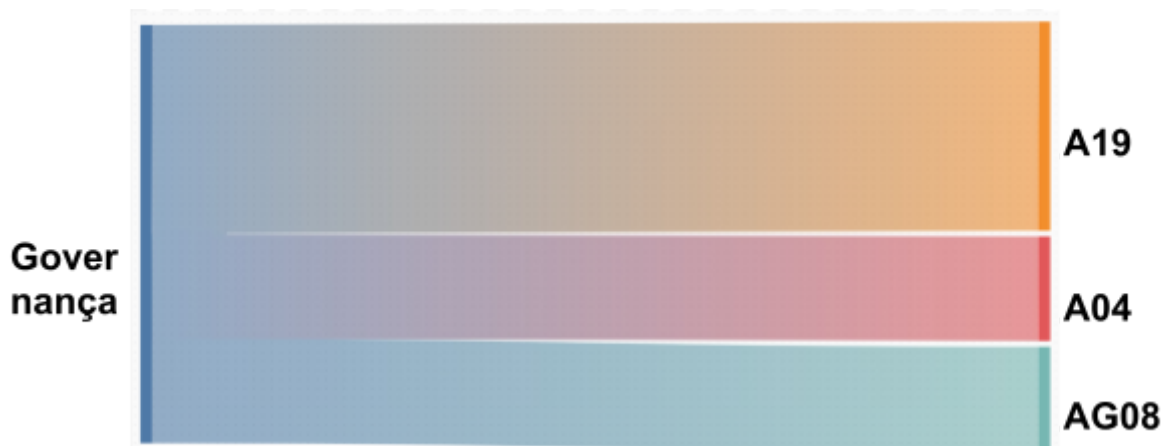
As dificuldades relatadas nas citações supracitadas se originam, em grande parte, da própria estrutura do Contrato de Gestão, que rege o serviço contratado pelo órgão público. Conforme Dias (2017), nestes contratos são definidos o plano de trabalho, metas e prazos, além dos critérios objetivos que servem de mensuração do desempenho das atividades, através de índices de produtividade e qualidade.

Contudo, é justamente a rigidez ou a natureza restritiva desse contrato que expõe a falha na governança. Embora o Contrato de Gestão restrinja a atividade das OS - com metas pré-estabelecidas - ele também limita a capacidade de intervenção do poder público em situações atípicas. A incapacidade de a gestão pública exigir uma "moção" não prevista, ou de impor uma decisão estratégica que gere impactos financeiros negativos para o ente privado, corrobora diretamente os depoimentos de A19 e AG08. A flexibilidade da OS para a gestão se transforma na rigidez do Estado para o controle, comprometendo a governabilidade em momentos estratégicos.

Esta situação de que o Estado terceiriza a gestão pública mas não consegue estabelecer métodos eficazes de governança vem ao encontro das análises de Sano e Abrucio (2008). De acordo com os autores, o Estado, ao realizar a mera qualificação e contratação das organizações terceirizadas, não garante mecanismos que facilitem o exercício do controle institucional e social (*accountability*), enfraquecendo o papel regulador do poder público.

Para ilustrar a relação entre a categoria de análise e a distribuição de frequência por agente, apresenta-se o gráfico 9.

Gráfico 9 - Governança



Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

A partir da leitura do gráfico, pode-se observar a maior frequência do Agente A19, que contribui com o maior peso de crítica ao tema. O notável envolvimento deste agente — um promotor de justiça (órgão de controle externo) — reforça a seriedade das preocupações com o risco institucional e a fiscalização inadequada.

Observa-se um importante contraste em relação às duas categorias anteriores (Gestão/Eficiência e Gestão de Pessoas): neste eixo de crítica, a maioria dos fluxos é representada por atores internos ou ligados ao aparelho do Estado (A04 e AG08, além do A19). Enquanto as preocupações com a precarização dos serviços e dos vínculos laborais (vistos nos gráficos anteriores) advém majoritariamente de membros da sociedade civil e de representação, a crítica à Governança é internalizada por atores governamentais. Isso sugere que a dificuldade de exercer controle e fiscalização é percebida como um risco real por atores dentro da própria estrutura estatal e de controle.

Embora se registre um volume reduzido na frequência de perspectivas e atores nesta categoria de análise (A19, A04, AG08), tal limitação é compensada pela relevância institucional dos atores envolvidos.

O fluxo do gráfico 9 confirma que a fragilidade na governança é um receio institucional. A crítica do promotor A19, reforçada pelos atores A04 e AG08, valida a análise de Sano e Abrucio (2008): a mera qualificação e contratação da Organização Social não garantem ao Estado os mecanismos necessários para um efetivo controle institucional (*accountability*). Este risco de perda de controle e a fragilidade na fiscalização conduzem inevitavelmente ao próximo ponto de análise: o risco de

corrupção e os problemas de transparência.

A fragilidade na governança e o enfraquecimento do controle institucional, conforme demonstrado no gráfico 9, criam um ambiente propício para irregularidades. O próximo eixo de análise abordará a corrupção nas OSS como fator motivador contrário a terceirização, que é percebido pelos atores como a consequência direta da baixa fiscalização sobre entes que operam sob a lógica do lucro.

4.2.4 Corrupção nas OSS

Tratando agora de questões que tangenciam a corrupção como fator motivador contrário a terceirização, nas perspectivas analisadas, apresenta-se a tabela 7, que dispõe da relação da distribuição de frequência dentro da referida categoria de análise.

Tabela 7 - Corrupção nas OSS

CATEGORIA	A01	AG08	TOTAL
CC05	2	1	3

Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

Entre todas as categorias de análise, a corrupção nas OSS é a que possui menor frequência dentre as perspectivas. Entretanto, seu teor reside numa questão que justifica sua análise como categoria à parte: o perigo de a terceirização acarretar na corrupção da gestão de hospitais públicos. Para tratar do assunto, retomaremos outro depoimento do agente A01:

“[...] não é a [Agente A01] que está falando também, quero apresentar aqui um estudo nacional feito pelo Ministério Público Federal, em conjunto com a polícia federal, numa investigação de organizações sociais. E a conclusão deste estudo ou desta investigação aprofundada, que não é de 1998, quando a lei das organizações sociais foi aprovada, é de 2019. A situação mudou, as organizações sociais são corruptas na sua grande maioria, porque o modelo de gestão é corruptível. E esse estudo/investigação, feita por estes dois órgãos sérios, a nível Estadual, comprovou que organização social - esse modelo de gestão - pela falta de fiscalização dos entes, pela falta de fiscalização de seguir a verba [recurso público], o dinheiro se perde, o rastro de para onde vai o dinheiro público” (A01, 2024).

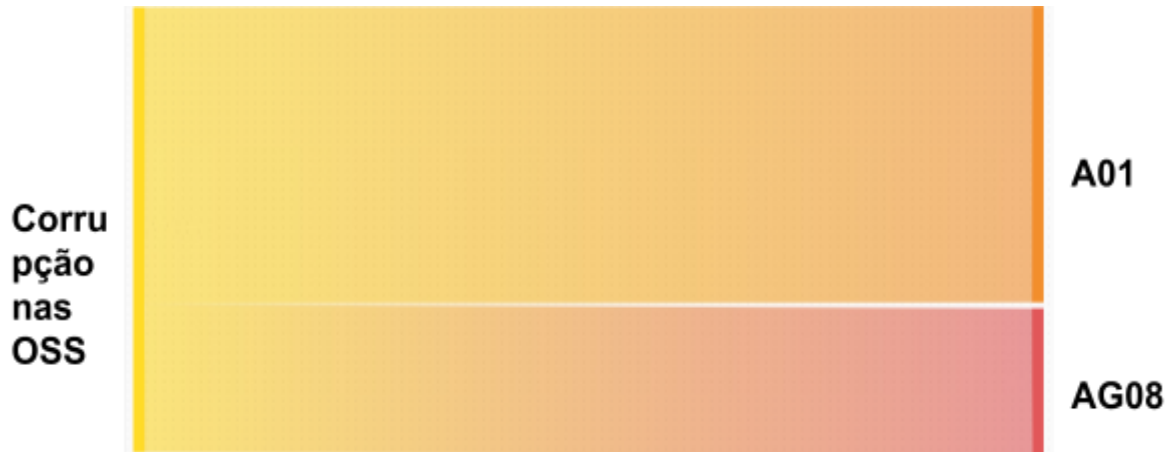
O depoimento apresentado pelo Agente A01 revela a causalidade da falta de fiscalização e controle como facilitadora da inserção da corrupção nas OSS, comprometendo a gestão de hospitais públicos. Essa percepção é corroborada por relatórios de auditoria de órgãos de controle. O Tribunal de Contas da União (TCU), por exemplo, no Acórdão 2468/2023, apresenta que a falta de fiscalização e controle, bem como a não padronização dos requisitos para qualificação das organizações sociais, se tornam brechas que facilitam mecanismos de corrupção e fraude.

Dentre os mecanismos de fraude e corrupção a serem levantados no relatório do TCU (2023), podem ser mencionadas: leis desenhadas para facilitar fraude na seleção e celebração de contrato com OS e na execução dos contratos; elaboração de edital de seleção com itens de pontuação técnica já direcionado para determinada entidade; acerto entre as entidades para fraudar o chamamento; desvios de recursos nos contratos de serviços terceirizados; OS cobrar do ente federado valores a título de taxa de rateio que são custeados no âmbito de outro contrato de gestão celebrado com outro ente federado, entre outros mecanismos.

A análise deste relatório do TCU confere validade fática à perspectiva de A01, explicitando os diversos meios pelos quais o modelo de gestão pode apresentar riscos à gestão pública hospitalar. Tais desvios de verba, fraudes e a falha no controle reforçam o argumento de que a corrupção não é um risco acidental, mas a consequência da fragilização do controle social e público em um modelo de gestão que opera sob a lógica da lucratividade, em detrimento da integralidade e qualidade dos serviços hospitalares públicos.

De modo a ilustrar a relação dos atores com a distribuição de frequência da referida categoria de análise, apresenta-se o gráfico 10.

Gráfico 10 - Corrupção nas OSS X atores



Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

Similarmente à categoria anterior, esta categoria de análise apresentou baixa frequência de perspectivas analisadas nos documentos, conforme a Tabela 7. No entanto, o fluxo no diagrama é dominado pelo Agente A01, seguido pelo Agente AG08.

Esta distribuição entre diferentes atores traz um entendimento crucial: a preocupação com a corrupção no modelo de gestão terceirizado não é exclusiva de atores da sociedade civil, mas é igualmente vocalizada por atores governamentais (AG08). A inclusão de um agente do próprio aparelho do Estado nessa crítica final reforça a tese de que o risco é percebido como institucional e iminente.

Novamente, o Agente A01 apresentou o maior número de respostas na categoria de análise (assim como nas críticas à Gestão/Eficiência e Gestão de Pessoas), o que o posiciona como o ator condutor e central na discussão do assunto no município de Joinville. Seu papel foi fundamental para vincular a crítica factual (relatórios do TCU) à percepção de risco local.

Com isso, a seção a seguir busca abordar fatores motivadores que transcendem as questões estritamente gerenciais e abordam a Ideologia Política como o principal propulsor da opção pela terceirização da gestão de hospitais públicos.

4.2.5 Motivações políticas e ideológicas

Para discussão desta última categoria de análise, apresenta-se a tabela 8, contendo a relação da distribuição de frequência da referida categoria com os atores que apresentaram perspectivas sobre.

Tabela 8 - Motivação política/ideológica

CATEGORIA	A10	A11	A13	A12	TOTAL
CC04	1	1	1	1	4

Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

Ao abordar a motivação ideológica como fator motivador contrário a terceirização, a preocupação circunda os planos e a filosofia de gestão do governo municipal. Neste sentido, os atores que abordaram esta categoria levantaram a perspectiva de que a gestão municipal estaria propondo a terceirização não necessariamente em busca da melhoria do serviço, mas sim porque a entrega da gestão hospitalar pública ao ente privado faria parte da ideologia política do governo municipal atual.

Tratando deste assunto, o Agente A13, em consonância com as discussões sobre a lógica do mercado — tratadas nas seções anteriores (4.2.1 e 4.2.2) —, fala sobre como essa lógica se apresenta no município:

“[...] gente defende sumariamente que um direito da nossa população, como a saúde tal qual a educação, não seja tomado pelas garras dessa lógica neoliberal, que tende a transformar a diretriz da operacionalidade de uma instituição que serve ao povo, posto que é serviço público, para uma [organização social] que esteja interessada nos interesses privados, principalmente cuja premissa, primeira e primordial, é sim gerar lucro” (A13, 2024).

O agente A13 ainda complementa, questiona a gestão municipal, declarando:

“É curioso ponderar que um mandato, que se elegeu tendo enquanto marketing pessoal a ideia de sucesso derivada da gestão empresarial, queira admitir ante a ponto de querer transferir a responsabilidade de administrar esse serviço para outra entidade, qualificando inclusive organizações corruptas”

A fala do Agente A13 traz luz à questão de que a motivação a favor da terceirização seria impulsionada por ideais políticos neoliberais. De acordo com Shimizu e Veronezi (2020), o neoliberalismo, enquanto ideologia política, visa à redução do papel do Estado nas atividades que podem ser exercidas pelo mercado - saúde, educação, assistência social, entre outras -, devendo o Estado focar apenas em outras atividades mais estratégicas, como a formulação de políticas e a regulação da economia.

Desta maneira, o governo municipal, na perspectiva trazida pelo Agente A13, estaria agindo de acordo com esta motivação neoliberal, buscando reduzir o papel do governo, ao mesmo tempo que atende aos interesses de organizações privadas que operam na lógica de mercado e objetivam o lucro, conforme discutido nas seções 4.2.1 e 4.2.2.

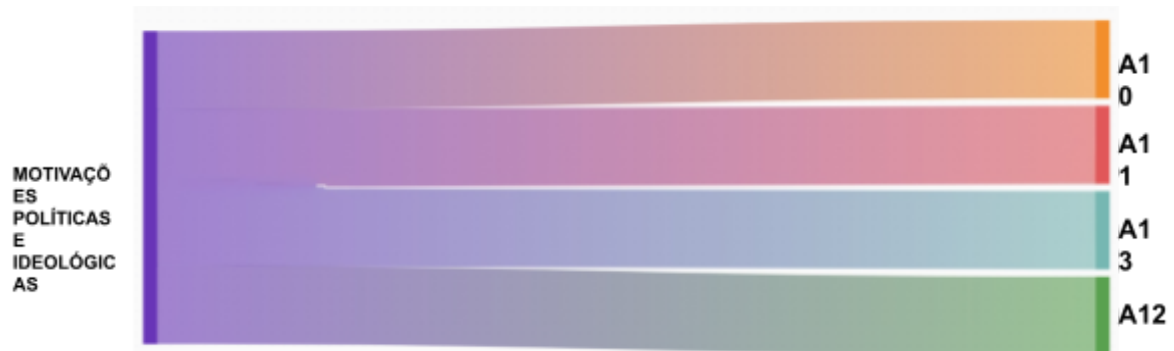
A crítica à base ideológica também se volta à falta de embasamento técnico para justificar a escolha do modelo. Questionando a justificativa da gestão municipal para a terceirização, o Agente A10 aponta:

“[...] a prefeitura veio aqui fazer uma narrativa, fazer um discurso ideológico sim, ideológica narrativa porque não trouxe números que explicassem porque essa solução é melhor, trouxe só tabelas coloridas bonitinhas, mas não trouxe os números” (A10, 2024).

Portanto, as terceirizações, na visão dos atores críticos, não são apenas ferramentas que visam a redução do Estado a níveis estratégicos e a melhoria da eficiência de serviços públicos, como aponta Bresser-Pereira (2002) com a Reforma Gerencial. Mais do que isso, elas servem como mecanismos de execução de agendas políticas neoliberais da gestão municipal, priorizando a lógica do mercado (lucro) em detrimento do direito social (saúde).

Para ilustrar como a relação dos atores com a referida categoria de análise, apresenta-se o gráfico 11.

Gráfico 11 - Motivação políticas/ideológicas



Fonte: dados gerados com a utilização da ferramenta Atlas.ti (2025).

Nesta categoria de análise, a visualização do fluxo de frequência evidencia que a preocupação é exclusiva dos atores sociais da sociedade civil (A10, A11, A13).

Essa distribuição é pertinente, pois aponta que a crítica às motivações ideológicas é iminente nas discussões da sociedade civil contra a gestão municipal. Por outro lado, justifica a ausência e/ou minoria de atores governamentais na crítica a este eixo, uma vez que o questionamento da ideologia não constitui um respaldo que esses atores apresentariam em defesa de suas próprias ações. Em contraste, os defensores da terceirização (como o AG02 na Seção 4.1.1) basearam sua defesa em argumentos técnico-gerenciais (eficiência e agilidade) e não em ideologia.

O Agente A13, acompanhado por A10 e A11, estabelece que a motivação central da gestão municipal não é a otimização do serviço, mas sim a execução de uma agenda política neoliberal de redução do papel do Estado e abertura ao mercado dentro do aparato estatal, para atendimento de interesses privados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A terceirização da gestão hospitalar de hospitais públicos consiste na delegação de atividades executadas pela administração direta para organizações privadas. No âmbito da saúde pública, essa delegação é comumente feita às Organizações Sociais (OS) mediante a celebração de Contratos de Gestão, um fenômeno viabilizado pela Lei 9.637/1998, que instituiu o regime de OS. Essas organizações surgiram no contexto da Reforma Gerencial do governo Fernando Henrique Cardoso, liderada por Bresser-Pereira (1995-2002), cujo objetivo central era reformular o papel do Estado, restringindo-o a atividades estratégicas — como a formulação de políticas e a regulação — e delegando serviços sociais essenciais, como saúde, educação e assistência, ao terceiro setor. Isto instigou para a promulgação da lei 9.637/1998, que então qualifica as organizações do terceiro setor para que os outros entes federados possam aderir a este modelo de gestão.

Entretanto, diversas questões envolvendo este modelo de gestão têm sido levantadas, principalmente em Joinville nos últimos anos, frente a possibilidade da terceirização da gestão de seu hospital municipal. Com o aumento do debate no município, é pertinente o alinhamento e fomento à informações que contribuam neste debate, de maneira que as discussões sobre a viabilidade, benefícios e malefícios da implementação de um modelo de gestão tenham maior referencial. Objetivando complementar a discussão do tema no município, este estudo teve por justificativa a contribuição no debate acerca da terceirização da gestão de hospitais públicos, a partir do levantamento das perspectivas dos gestores e atores sociais, e investigar quais as perspectivas sendo levantadas como fatores motivadores a favor ou contra a terceirização da gestão hospitalar.

Para isto, a metodologia adotada de análise de documentos, com uso da ferramenta de busca *Google*, permitiu a coleta e análise de perspectivas já declaradas nestes documentos, para posterior tratamento e discussão dos dados gerados, com auxílio da ferramenta de análise de conteúdos *Atlas.ti*. Através do método utilizado, foi possível a coleta de documentos pertinentes à pesquisa, que possibilitaram a identificação de perspectivas referentes aos fatores motivadores a terceirização.

A partir da coleta e análise dos dados, pode-se inferir sete principais eixos de críticas e de apoio a terceirização da gestão de hospitais públicos, que abrangem de

questões técnicas até outras de cunho ideológico, buscando em cada categoria justificar o porquê de a terceirização ser implementada ou não na gestão hospitalar pública.

Além disso, foi possível observar que este assunto não se restringe a gestores públicos para averiguação da viabilidade do modelo, mas também compete a diversos outros membros da sociedade que são atuantes na discussão do tema, a exemplo de atores como A01, que se opõe a terceirização como mais adequado modelo de gestão, com perspectivas voltadas para gestão de pessoas e riscos de corrupção e fraudes.

A análise das perspectivas apresentou a polarização do tema entre os atores. Nos eixos de defesa do tema, observou-se a predominância de atores governamentais, geralmente com base em perspectivas voltadas para melhoria da eficiência da gestão pública e redução de burocracias. Do outro lado, o eixo de crítica ao modelo apresenta um ciclo de risco ao serviço hospitalar público que é inerente ao modelo. Com base nas críticas levantadas, a motivação política neoliberal impulsiona a delegação, o que gera a precarização laboral e a ineficiência pela lógica do lucro. Esses fatores são facilitados pela fragilidade na governança e fiscalização e culminam no alto risco de corrupção e fraude.

Foi possível investigar nesse estudo a partir das perspectivas dos gestores e atores sociais na saúde pública, os fatores motivadores - tanto a favor quanto contra - para a terceirização da gestão hospitalar em Joinville. A coleta dos dados e análise dos documentos, permitiu a identificação das perspectivas dos atores, para posterior classificação dos fatores nas setes categorias de análise discutidas, analisadas e apresentadas na seção 4.

Entretanto, vale ressaltar que este estudo possui limitações inerentes ao caminho metodológico adotado. Como este se limitou a análise das perspectivas declaradas e documentadas, que estivessem disponíveis na ferramenta de busca *Google*, assim, não compreende a totalidade das perspectivas sobre o tema no município referente aos fatores motivadores para a terceirização. Além disso, para a maior profundidade nestas perspectivas, outros métodos como entrevistas ou grupos focais seriam mais adequadas para maior aprofundamento no assunto.

Outro ponto a abordar as limitações desta pesquisa, seria que este estudo não apresenta informações quantitativas que possam ser objeto de discussão para tratar dos fatores que levam a terceirização. Outros estudos que foquem na análise

de desempenho e indicadores podem ser mais adequados quanto a este ponto.

Para um maior aprofundamento do tema, sugerem-se, como futuras linhas de pesquisa, a avaliação de indicadores de gestão de hospitais públicos sob gestão direta e de unidades terceirizadas, visando um comparativo de desempenho focado na qualidade do serviço. De igual modo, seria fundamental a avaliação dos mecanismos de controle social e fiscalização dos Contratos de Gestão, investigando propostas de melhoria a partir dos problemas de transparência e *accountability* observados nas unidades terceirizadas.

6 REFERÊNCIAS

- ABRÃO, Dibulo Ferreira; ABRÃO, Giane Coelho Barbosa; MATHIAS, Luciane Fillies Bueno. Evolução Do Sistema De Saúde No Brasil: Da Ditadura Militar À Consolidação Do Sus. **REVISTA FOCO**, [S. l.], v. 17, n. 10, p. 6231, 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n10-042. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/6431> . Acesso em: 4 maio 2025.
- ADORNO, R. DE C. F.. Movimento social e participação: a saúde na esfera pública. *Saúde e Sociedade*, v. 1, n. 2, p. 111–124, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901992000200007>. Acesso em: 02 dez 2025.
- ADUIL JUNIOR,. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo suspende contratação de médicos feita por entidade que administra UPA e UBS, em São José dos Campos. **G1**. Vale do Paraíba, p. 0-0. 22 fev. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/2025/02/22/tce-sp-suspende-contratacao-de-medicos-feita-por-entidade-que-administra-upa-e-ubs-em-sao-jose-do-s-campos.ghtml> . Acesso em: 09 jul. 2025.
- BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 5, p. 2483-2495, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000500023> . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023> . Acesso em: 07 jul. 2025.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Revista e Ampliada, 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Alternativas De Gerência De Unidades Públicas De Saúde**. Brasília: Conass, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/alternativas-de-gerencia-de-unidades-publicas-d-e-saude/> . Acesso em: 03 maio 2025.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)**. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/8a-cns> . Acesso em: 04 jun. 2025.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **O que é Controle Social na Saúde?** 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/o-que-e-controle-social-na-saude.pdf/view> . Acesso em: 30 jun. 2025.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. [s/d] . **Orientações básicas sobre as Conferências de Saúde**. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/orientacoes-basicas-sobre-as-conferencias-de-saude/> . Acesso em: 30 jun. 2025.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 maio 2025.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria nº 95, de 16 de fevereiro de 2001**. Brasília, DF: FUNASA, 2001. Disponível em: https://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_95_2001.pdf. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 7 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 29 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995**. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8987compilada.htm. Acesso em: 4 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 5 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9790.htm. Acesso em: 5 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004**. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos**. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm. Acesso em: 18 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento da Média e Alta Complexidades - MAC**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/financiamento-da-media-e-alta-complexidades-mac>. Acesso em: 5 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Tribunal De Contas Da União (TCU). **Acórdão n. 2468/2023–Plenário**. Relator: Ministro Vital do Rêgo. Sessão de 29 de novembro de 2023. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/redireciona/acordao-completo/ACORDAO-COMPLETO-2599834> . Acesso em: 04 nov. 2025.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Burocracia pública e reforma gerencial. **Revista do Serviço Público**, [S.L.], v. ?, n. ?, p. 29-48, ago. 2007. Disponível em: <https://bresserpereira.centrodeeeconomiapolitica.org/papers/2007/07.15.BurocraciaPublicaER ReformaGerencial.RSP.pdf> . Acesso em: 06 out. 2025.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 7-40, jan. 1996. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1734> . Acesso em: 06 out. 2025.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Reforma da nova gestão pública: agora na agenda da América Latina, no entanto... **Revista do Serviço Público**, [...], v. 53, n. 1, p. 5-27, jan. 2002. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1919> . Acesso em: 20 out. 2025.

BRITO, Barbara Moreira Barbosa de; SILVEIRA, Antonio Henrique Pinheiro. Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro. **Revista do Serviço Público**, [S.L.], v. 56, n. 1, p. 7-21, 20 fev. 2014. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). <http://dx.doi.org/10.21874/rsp.v56i1.214> . Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v56i1.214> . Acesso em: 19 maio 2025.

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. **Médicos da UPA Tijuca fazem greve por melhorias. Cremerj**. Ri, p. 0-0. 06 mar. 2018. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/3829> . Acesso em: 09 jul. 2025.

DIAS, Reinaldo. **Gestão Pública - Aspectos Atuais e Perspectivas para Atualização**. Rio de Janeiro: Atlas, 2017. E-book. p.159. ISBN 9788597013382. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788597013382/> . Acesso em: 21 mai. 2025.

DRUCK, Graça. A Terceirização Na Saúde Pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 15-43, nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023> . Acesso em: 09 abr. 2025.

FALLETI, Tulia.; ANGELUCI, Alan César Belo. Infiltrando o Estado: a evolução da reforma da saúde no Brasil, 1964-1988. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 15, n. 29, 2010. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/2970> . Acesso em: 3 maio 2025.

FERREIRA JUNIOR, Walter Cintra. **Gerenciamento De Hospitais Estaduais Paulistas**: estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde. 2004. 177 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Sao Paulo, 2004. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10438/2273> . Acesso em: 08 jul. 2025.

GIBBS, Graham; FLICK, Uwe. **Análise de dados qualitativos: (Métodos de pesquisa)**. Porto Alegre: Bookman, 2009. E-book. p.S1:59. ISBN 9788536321332. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536321332/> . Acesso em: 18 jun. 2025.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf . Acesso em: 8 jun. 2025.

GIL, Antonio C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 7. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2022. E-book. p.41. ISBN 9786559771653. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559771653/> . Acesso em: 18 jun. 2025.

GIL, Antonio Carlos. **Como Fazer Pesquisa Qualitativa**. Rio de Janeiro: Atlas, 2021. E-book. p.15. ISBN 9786559770496. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559770496/> . Acesso em: 11 jun. 2025.

GUSSO, Thiago. **GAECO deflagra operação contra organização social que gerencia, entre outras, a UPA de Itapoá**. Tribuna de Itapoá. Itapoá, p. 0-0. 07 ago. 2025. Disponível em: <https://www.tribunadeitapoa.com.br/29582/gaeco-deflagra-operacao-contra-organizacao-social-que-gerencia-entre-outras-a-upa-de-itapoa-2> . Acesso em: 25 nov. 2025.

JOINVILLE. Hospital Municipal São José. **Relatório de gestão do titular da unidade gestora: Hospital Municipal São José – Exercício 2024**. Joinville, 2024. 18 p. [Anexo Relatório de Gestão HMSJ - 2024 (0024529916) SEI 24.0.290120-3] In: Portal da Transparência. Prefeitura Municipal de Joinville: Publicações Legais - Prestação de Contas. [Critérios de busca: Unidade gestora: Hospital Municipal São José - HMSJ; Consolidado: Não; Exercício: 2024]. Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://transparencia.joinville.sc.gov.br/epublica-portal/%23/joinville/portal/publicacaoarquivoGroupFile?params%3D%257B%2522parent%2522:%2522104%2522,%2522property%2522:%2522publicacaoArquivo.nivel02Id%2522%257D%26entidade%3D650&sa=D&source=docs&ust=1762808429420011&usq=AOvVaw3DGHvpAmiCCJaPO7-rSO nE> . Acesso em: 10 nov. 2025.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal. **Despesas do Hospital Municipal São José no exercício de 2024**. In: **Portal da Transparência**. Prefeitura Municipal. Joinville, 2024. Disponível em: <https://transparencia.joinville.sc.gov.br/epublica-portal/#/joinville/portal/despesa/avancado/categoriaTable?entidade=650> . Acesso em: 01 out. 2025.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal. **Receita com Arrecadação de IPTU no exercício de 2024**. Prefeitura Municipal. Joinville, 2024. Disponível em: <https://transparencia.joinville.sc.gov.br/epublica-portal/#/joinville/portal/despesa/avancado/categoriaTable?entidade=650> . Acesso em: 01 out. 2025.

CALASANS JUNIOR, José. **Manual da Licitação - 3ª Edição 2021**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2021. E-book. p.21. ISBN 9786559770298. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559770298/> . Acesso em: 03 jul. 2025.

KRÜGER, Tânia Regina; REIS, Camila. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. **Serviço Social & Sociedade**, [S.L.], n. 135, p. 271-289, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.178>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.178> . Acesso em: 13 maio 2025.

LAKATOS, Eva M. **Técnicas de Pesquisa**. 9. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2021. E-book. p.1. ISBN 9788597026610. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788597026610/> . Acesso em: 08 jun. 2025.

MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; LAVERDE, Gabriel P.; LONDOÑO, Jairo R. **Gestão Hospitalar, 4ª edição**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. E-book. p.11. ISBN 9788527734646. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527734646/> . Acesso em: 07 jul. 2025.

MATTOS, Cesar. Reinventando O governo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 193 a 200, 1995. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/8245> . Acesso em: 6 nov. 2025.

OLIVEIRA, Sydia Rosana Araujo. Ator social e as investigações em saúde: olhar para nova contribuição teórica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, [S.L.], v. 43, n. 4, p. 87-106, 3 nov. 2021. Secretaria da Saude do Estado da Bahia. <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n4.a2921>. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2921>. Acesso em: 02 dez. 2025.

OLSEN, Wendy. **Coleta de dados**. Porto Alegre: Penso, 2015. E-book. p.101. ISBN 9788584290543. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788584290543/> . Acesso em: 18 jun. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003> . Acesso em: 03 maio 2025.

PERONI, Vera Maria Vidal. Relação Público-Privado No Contexto De Neoconservadorismo No Brasil. **Educação & Sociedade**, [S.L.], v. 41, p. 1-17, out. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/es.241697>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES.241697> . Acesso em: 13 maio 2025.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernandes; LUCIO, María Del Pilar Baptista. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. E-book. p.376. ISBN 9788565848367. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788565848367/> . Acesso em: 11 jun. 2025.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, [S.L.], v. 48, n. 3, p. 64-80, set. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-75902008000300007>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902008000300007> . Acesso em: 03 nov. 2025.

SANT' HELENA, Moara Monteiro; PASSOS, Aricia Furlanetto dos; COSTA, Cristina Bleichvel; KRÜGER, Tania Regina. **Da Reforma Sanitária às Privatizações: discutindo a saúde pública brasileira**. In: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2013, Florianópolis. Anais [...]. Florianópolis, SC: CRESS-SC, 2013. p. 1-14. Disponível em: <https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Da-Reforma-Sanit%C3%A1ria-%C3%A0s-Privatiza%C3%A7%C3%B5es-discutindo-a-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-brasileira.pdf> . Acesso em: 7 maio 2025.

SANTA CATARINA. **Decreto nº 1152, de 12 de março de 2008**. Qualifica o Hospital Nossa Senhora das Graças – HNSG, com sede no município e Curitiba – Estado do Paraná, como Organização Social na Área da Saúde.. Florianópolis, SC, Disponível em:

<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2008/001152-005-0-2008-003.htm> .

Acesso em: 05 jul. 2025.

SANTOS, Diogo Palau Flores dos. **Série IDP - Terceirização de serviços pela Administração Pública : estudo da responsabilidade subsidiária, 2ª Edição..**

Rio de Janeiro: Saraiva, 2014. E-book. p.89. ISBN 9788502221352. Disponível em:

<https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788502221352/> . Acesso em: 09

abr. 2025.

SATRIANO, Nicolas. Secretaria desfaz contratos do RJ com OS que administrava 4 UPAs no Rio e hospital na Baixada. **G1**. Rio de Janeiro, p. 0-0. 03 abr. 2018.

Disponível em:

<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/secretaria-desfaz-contratos-do-rj-com-os-que-administrava-4-upas-no-rio-e-hospital-na-baixada.ghtml> . Acesso em: 09 jul.

2025.

SCHIMITH, Maria Denise; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; SIMON, Bruna Sodré; BRUM, Dyan Jamilles Teixeira; ALBERTI, Gabriela Fávero; BIDÓ, Maria de Lourdes Denardin; GOMES, Taís Falcão. PRECARIZAÇÃO E FRAGMENTAÇÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: impactos em santa maria (rs). **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 163-182, 5 jan. 2017.

FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00038> . Disponível

em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00038> . Acesso em: 30 jun. 2025.

SEVERINO, Antônio J. **Metodologia do trabalho científico**. 24. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2017. E-book. p.128. ISBN 9788524925207. Disponível em:

<https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788524925207/> . Acesso em: 21

mai. 2025.

SHIMIZU, Lizandra; VERONEZI, Rafaela Julia Batista. Administração da Saúde Pública por Organizações Sociais (OS). **Revista Gestão & Saúde**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 132-146, 27 ago. 2020. Biblioteca Central da UNB. Disponível em:

<https://doi.org/10.26512/gv.v11i2.31417> . Acesso em: 26 mar. 2025.

SILVA, Maria Joselí de Souza; SILVA, Mayara Duarte; SILVA, Alessandra Ximenes da. O PROCESSO DE CONTRARRREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE. **VIII**

Jornada Internacional Políticas Públicas, São Luis, v. 0, n. 0, p. 1-12, ago. 2017.

SOARES, Gabriella Barreto; BORGES, Fabiano Tonaco; SANTOS, Renata Reis dos; GARBIN, Cléa Ada Saliba; MOIMAZ, Suzely Ada Saliba; SIQUEIRA, Carlos Eduardo Gomes. Organizações Sociais de Saúde (OSS):: Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS?. **Revista Gestão & Saúde**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. Pág. 828–850, 2016. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3547> . Acesso em: 12 nov. 2025.

TACHIZAWA, Takeshy. **Organizações Não Governamentais e Terceiro Setor - Criação de ONGs e Estratégias de Atuação**. 7. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2019. E-book. p.23. ISBN 9788597022186. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788597022186/> . Acesso em: 05 jul. 2025.

TIBÉRIO, Amanda Alves; SOUZA, Erica Macedo; SARTI, Flávia Mori. Considerações sobre avaliação de estabelecimentos de saúde sob gestão de OSS: o caso do hospital geral do grajaú. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 557-568, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902010000300008>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300008> . Acesso em: 30 set. 2025.

TOMINC, Getulio Capello et al. Análise Da Participação Popular E Das Variáveis Que Interferem Na Mesma Com Relação Ao Sus: uma revisão. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 580-586, 29 set. 2022. Universidade Paranaense. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/8848> . Acesso em: 26 mar. 2025.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Guia de Governança e Gestão em Saúde**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/publicacoes-institucionais/cartilha-manual-ou-tutorial/guia-de-governanca-e-gestao-em-saude>. Acesso em: 03 nov. 2025.

U.S. DEPARTMENT OF TRANSPORTATION. Federal Highway Administration. **Project Profile: Gateway Arch National Park**, St. Louis, Missouri. [S. l.]: Federal Highway Administration, [20--?]. Disponível em: https://www.fhwa.dot.gov/ipd/project_profiles/mo_gateway_arch.aspx . Acesso em: 9 jul. 2025.

ZANCHIM, Kleber L. **Contratos Públicos e Direito Privado - Interpretação, Princípios e Inadimplemento**. São Paulo: Almedina Brasil, 2016. E-book. p.80. ISBN 9788584935451. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788584935451/> . Acesso em: 18 mai. 2025.

APÊNDICE A - MODELO DE ROTEIRO PARA REGISTRO DA COLETA DE DADOS

Busca	nº X	
Ferramenta de busca	Exemplo: Google	
Data	dd.mm .aaaa - horário	
Descritor(es)	Exemplo: “terceirização” AND “hospitais” OR “público”	
Idioma	Português	
Região	Joinville	
Site ou domínio	.org .edu .gov	
Tipo de documento	.html .pdf .docs. ppt .xls vídeo	
Documento encontrados		
Nº	Título	Endereço
1	Exemplo de título de documento buscado	Link para documento encontrado

Fonte: o autor (2025).

**APÊNDICE B - DESCRITORES UTILIZADOS PARA PESQUISA NA
FERRAMENTA DE BUSCA**

GRUPO A	GRUPO B
Terceirização, gestão, pública, públicos, hospitais, estabelecimentos de saúde, assistência, organizações sociais, OSS, organizações, privatização, saúde, política, conflitos, interesses, ética, transparência, controle social, administração pública, popular, responsabilidade, benefícios, malefícios.	secretário, gestor, líder, prefeito.
GRUPO C	GRUPO D
Atas, relatório, entrevista, assembléia, discurso, opinião, análise, conselho municipal, câmara, deliberação, Hospital Municipal São José, Sociedade Joinvilense de Medicina, Coren.	Joinville.

Fonte: o autor (2025).