

Controlo social tutelado?

Enfrentamentos e dinâmicas democráticas na implantação de organizações sociais na saúde de capital do nordeste do Brasil

Protected social control? Confrontations and democratic dynamics in the implementation of social organizations in the health capital of northeastern Brazil

Galba Freire Moita

Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, *Centre for Business and Economics Research* (CeBER) - Coimbra, Portugal. Pós-Doutorando no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa - Lisboa, Portugal

Zulmira M. A. Hartz

Professora Catedrática Convidada, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade NOVA de Lisboa, Portugal

Viviane Serra Melanda

MSc, Secretaria de Saúde do Estado do Paraná – Curitiba, Brasil

George Moura Colares

MBA, Controladoria Geral da União – Fortaleza, Brasil.

Ana Paula Romeiro Kaminski

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – Curitiba, Brasil

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, embasado em diretrizes de descentralização, integralidade e participação da comunidade, consiste em um conjunto de ações e serviços de saúde, organizados em níveis de complexidade crescentes.

No escopo de controlo social da saúde pública surgiu a Lei n.º 8.142/90 (3) que estabelece os princípios de participação e controlo social tendo duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde – realizada a cada quatro anos; e o Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, sendo normatizada pela resolução CNS n.º 333/1992 (mantidos na revisão da resolução CNS n.º 453/2012) (4) que regulamentou as diretrizes globais dos conselhos de saúde e das conferências dos três níveis do SUS.

Este estudo busca explicitar alguns dos mecanismos explicativos e dinâmicas democráticas na implantação de organizações sociais na saúde de Fortaleza, a partir da linha teórica do institucionalismo histórico, que foi a opção analítica deste estudo, nomeadamente por meio do modelo de Pierson (neo-institucionalismo) [12, 13] e de North [14, 15] quanto a dependência de trajetória (*path dependence*).

Nesse propósito apresentou-se o percurso histórico-legal das OSS no Brasil e caracterizar a evolução das leis de implementação da gestão por OSS na saúde do Brasil, do Ceará e de Fortaleza. De seguida, os gráficos de gastos mostraram o crescimento dessa opção gerencial.

Nos avanços do modelo, houve um acirramento das disputas dentro do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza que acirrou os debates nas exigências de controlo e acompanhamento e dos estudos que gerem evidências científicas das vantagens da terceirização das unidades, conforme acórdãos do TCU (acórdãos n.º 3.239/2013, n.º 352/2016, n.º 1.215/2016 e n.º 2.444/2016).

Por fim, destacam-se as dificuldades das relações na esfera trabalhista, que necessitam de uma ampliação no debate no que diz respeito a qualificação e valoração das equipas para o exercício legal dos profissionais responsáveis pela atenção à saúde, a necessidade de aprofundamento no amparo legal para as atividades das OSS, assim como procedimentos de controlo fiscal validados pelo respectivo tribunal de contas, a fim de compor ao planejamento das políticas de saúde locais, e possibilitar atuação fiscalizatória à instância de controlo social.

Palavras-chave:

Controle social da saúde, avaliação de processos e resultados, governança em saúde.

Abstract

Brazil's Unified Health System (SUS), based on guidelines for decentralization, integrality and community participation, consists of a set of health actions and services, organized at increasing levels of complexity.

Within the scope of social control of public health, the Law n.º 8.142/90 (3) which establishes the principles of participation and social control envisages two collegiate bodies: the Health Conference - held every four years; and the Health Council, of a permanent and deliberative nature, being regulated by the resolution CNS n.º 333/1992 (retained in the review of the resolution CNS n.º 453/2012) (4) which regulated the global guidelines of health councils and conferences at the three levels of SUS.

This study seeks to detail some of the explanatory mechanisms and democratic dynamics in the implementation of social organizations in the health of Fortaleza, from the theoretical thread of historical institutionalism, which was the analytical option of this study, namely through the Pierson model (neo-institutionalism) [12, 13] and from North [14, 15] as to path dependence.

In this regard, the historical-legal path of OSS in Brazil was presented and to characterize the evolution of laws implementing OSS management in the health of Brazil, Ceará and Fortaleza. Thereupon, the expense graphs showed the growth of this managerial option.

In the advances of the model, there was an intensification of disputes within the Municipal Health Council of Fortaleza, which intensified the debates on the requirements of control and monitoring and of studies that generate scientific evidence of the advantages of outsourcing the units, according to TCU judgments (judgments n.º 3.239/2013, n.º 352/2016, n.º 1.215/2016 e n.º 2.444/2016).

Finally, we highlight the difficulties of relations in the labor sphere, which need an expansion in the debate regarding the qualification and valuation of the teams for the legal exercise of the professionals responsible for health care, the need to deepen the legal support for the activities of the OSS, as well as fiscal control procedures validated by the respective court of auditors, in order to be part of the planning of local health policies, and to enable inspection activities at the instance of social control.

Key words:

Social control of health, evaluation of processes and results, health governance.

Introdução

No ano de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde possibilitou a agregação de representações de diversos setores engajados na reforma sanitária, em busca de uma gestão democrática que incluísse a participação dos cidadãos na produção, controlo e execução das políticas em saúde.

Em seguida, em 1988, a partir da Constituição da República Federativa do Brasil, formalizou-se a igualdade legal a todos os indivíduos, brasileiros e estrangeiros residentes, sem distinção de qualquer natureza, assegurando-lhes a inviolabilidade do direito à saúde, que figura como direito fundamental do ser humano e dever do Estado.

Considerando o artigo 198 da Constituição Federal, para viabilizar a garantia deste direito, os serviços públicos deste segmento devem estar organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada embasada em diretrizes de descentralização, integralidade e participação da comunidade no que tange às questões da saúde.

Somam-se a esta, a Lei Federal nº 8.080/90 [1], que define a saúde como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” e assegura a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo território nacional. Este sistema consiste em um conjunto de ações e serviços de saúde, organizados em níveis de complexidade crescentes, prestados pelas esferas federal, estadual e municipal, sob gestão pública e pela iniciativa privada, em caráter complementar.

No que diz respeito aos níveis de complexidade, atualmente considera-se a atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde, que faz uso de tecnologia de baixa densidade. É considerada “a base orientadora do sistema, sua porta de entrada preferencial” e deve atuar na comunicação dos demais pontos de atenção (isto é, locais de prestação de serviços de saúde em caráter singular). A média complexidade ambulatorial pauta-se na necessidade de dispor profissionais especializados e recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento. E a alta complexidade, por sua vez, opera na integração com os outros dois níveis, com uso de alta tecnologia e com impacto financeiro extremamente alto, como por exemplo com procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia [2].

A Lei nº 8.142/90 [3] também estabelece os princípios de participação e controlo social tendo duas instâncias colegiadas: a conferência de saúde – realizada a cada quatro anos; e o conselho de saúde, de caráter per-

manente e deliberativo. Estabelece ainda que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) – órgãos representativos dos secretários de saúde terão assentos no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além disso, define que a representação dos usuários nos conselhos de saúde e conferências será paritária em relação aos demais segmentos (compostos pelos profissionais, pelos prestadores de serviços e pelos representantes governamentais), conforme resolução CNS nº 333/1992 (mantidos na revisão da resolução CNS n.º 453/2012) (4) que regulamentou as diretrizes globais dos conselhos de saúde e das conferências dos três níveis do SUS.

Amplamente discutidas, as polémicas acerca das concepções sobre a participação social permitiram identificar duas posições em disputa: a funcionalista que deposita na participação comunitária a expectativa de resolver o problema dos grupos que se mantêm marginais ao processo do crescimento do país, mantendo-se intacta a questão do desenvolvimento social; e a participação como instrumento de democratização, a qual busca novos canais de expressão e de oportunidades de confronto entre os grupos sociais, com a intenção de influir no processo de contínua mudança a que está sujeita a vida e o desenvolvimento social no país [5].

A vasta tradição das reformas administrativas presentes no setor público, em geral, no início de um novo governo, pautam-se em pressupostos tecnicistas para “supostamente prover adequação da máquina pública aos planos do governo.” [6 p.343].

No Brasil, duas reformas administrativas se destacam, nos anos 30 e 60, respetivamente, e marcam um remodelamento do Estado. A primeira, a partir da adequação de estruturas administrativas para o exercício do poder centralizado e organizador dos interesses da sociedade, bem como da construção de instrumentos para viabilizar políticas sociais de previdência social, trabalhista, económica e fiscal. E a segunda, que viabilizou a presença do Estado na área económica rompendo com limitações burocráticas à expansão do capital [6].

Em virtude da crise da dívida externa iniciada em 1980, abre-se espaço para uma nova reforma administrativa do Estado que, a partir da década de 1990, são tratadas de forma incremental e segmentada. “No Brasil, o foco central da reforma da década de 1990, na prática, estabeleceu metas para privatização de um lado e, de outro, a flexibilização da gestão, principalmente das relações de trabalho.” [6 p.344, 7].

Nesse sentido, em 1995, iniciou-se a reforma geren-

cial da administração pública, materializada, ainda no mesmo ano, no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), conduzido pelo então ministro da Administração Federal, Luiz Carlos Bresser-Pereira [8]. Ao projetar a eficiência e a flexibilidade, o modelo de gestão proposto buscou privilegiar modelos com similaridades de autonomia do setor privado e a consequente trajetória de privatização de serviços públicos. A reforma não poderia reduzir a capacidade regulatória do Estado, mas deveria significar uma reorganização do sistema, transferindo a produção de bens e serviços à iniciativa privada, com grande eficiência e menor custo.

Esse modelo gerencial de administração voltada para os resultados estabeleceu três instituições administrativas base, as agências reguladoras, as agências executivas e as organizações sociais [8].

Bresser-Pereira [9] definiu as Organizações Sociais de Saúde (OSS) como “entidades sem fins lucrativos, públicas não estatais, financiadas pelo Estado e por ele controladas através de contrato de gestão com fixação de indicadores de desempenho”.

Nesse contexto, a instituição das OSS tendo como mola precursora a autonomia e a flexibilidade nos serviços públicos, com vistas à qualidade e à eficiência [10], visava transferir a execução das políticas sociais para o setor privado [7].

Mesmo diante das conquistas sociais da constituição federal no contexto político de redemocratização, mantém-se forte a presença do setor privado na garantia dos interesses do mercado na saúde e também na educação [7]. De maneira ampliada e controversa, a incorporação da administração indireta faz emergir discussões nas esferas legal, política, econômica e dialéticas sobre os temas relacionados a prestação de serviço privatizado de saúde, regularização dos meios de contratação indireta e avaliação de custo benefício [11].

Este estudo tem por objetivo relatar o processo decisório de implantação das OSS e apresentar o cenário atual dos pontos de atenção no que tange a gestão da saúde pública numa unidade federativa da região nordeste do Brasil.

Segundo o censo do IBGE (2010), o município de Fortaleza (CE) possui uma população de 2.452.185 habitantes distribuídos em seus 321.353 km² de extensão territorial. Para o ano de 2018, estimou-se uma população de 2.643.247. O painel de apoio à gestão, do CONASEMS¹, aponta que 35,2% da população estimada possuem renda domiciliar menor que ½ salário mínimo, 13,2% vivem em domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) e a taxa de analfabetismo (em pessoas com 15

anos ou mais) aproxima-se de 7%. Ainda com base em dados de 2018, 36% da população corresponde a beneficiários com plano de saúde e destes 3.605 são atendidos pelo SUS. também aponta que em 2019, 46,3% da população está cadastrada e vinculada à atenção básica (n = 1.238.405). Estes dados demonstram que a população usuária do SUS é maior que a cadastrada, uma vez que mesmo sendo beneficiário de planos de saúde privados, estes usuários também fazem uso do SUS quando não cobertos por seus seguros.

A análise do institucionalismo histórico permite prover uma estrutura analítica para avaliar a relação entre escolhas e determinações na compreensão da vida política, entendendo instituições como produto do conflito político e de escolhas, mas, ao mesmo tempo, modelando o comportamento político; ou podendo modelar e restringir as estratégias políticas, mas também sendo resultado, consciente ou não, pretendido de estratégias políticas deliberadas.

Neste escopo, surge a questão central: quais os mecanismos explicativos e dinâmicas democráticas na implantação de organizações sociais na saúde de Fortaleza?

Em busca de explorar alguns fatores relevantes que podem ter impactado este processo propôs-se um relato de experiência das iniciativas e embates recentes ou de percursos históricos que podem explicar ações e papéis dos diversos atores envolvidos.

Dessa forma, optou-se por uma metodologia de análise documental de atas e de documentos anexados ao debate, bem como análise de possíveis significados de narrativas, durante as reuniões do conselho municipal de saúde de Fortaleza no âmbito da discussão da implantação e expansão de OSS de Fortaleza.

A arquitetura da pesquisa envolve introdução, embasamento teórico, metodologia, resultados e considerações finais acerca da implantação das OSS no município de estudo.

Embasamento teórico

O institucionalismo histórico e a análise de políticas públicas

No âmbito deste estudo, para estruturar um quadro conceitual (*framework*) enquanto referencial teórico-conceitual propôs-se abordar a análise de políticas

1 - <https://www.conasems.org.br/painel-de-apoio-a-gestao-ferramenta-reune-informacoes-para-auxiliar-planejamento-do-gestor/>

públicas que tem como objeto o conteúdo e o curso da ação proposta por um ator ou grupo de atores, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências. Para tal, no modelo usado por Pierson (neo-institucionalismo) [12, 13], as políticas públicas têm ainda importantes efeitos cognitivos, como uma outra face do efeito de feedback.

Por sua vez, North [14, 15] argumenta que as mudanças nunca são completamente descontínuas, mas com evolução incremental e dependem de consequências das políticas anteriores, ou seja, a dependência de trajetória (*path dependence*), associadas aos padrões de representação dos grupos de interesse, definem o contexto das reformas de políticas públicas.

Dessa forma, a partir da linha teórica do institucionalismo histórico, que foi a opção analítica deste estudo, faz-se necessário caracterizar os fundamentos basilares da evolução da gestão por OSS na saúde do Brasil, do Ceará e de Fortaleza.

No âmbito das políticas públicas e conquistas sociais garantidas na Constituição Federal de 1988 [16] a implementação das políticas sociais tem se mostrado um dos maiores desafios, haja visto os alguns aspectos inerentes ao federalismo cooperativo brasileiro. Neste propósito, [17] argumenta que:

Os padrões de formulação e implementação de políticas sociais no Brasil pós Constituição Federal de 1988, tendo alcançado distintos formatos e níveis de estabilidade nas diferentes áreas governamentais, experimentaram também combinações específicas entre mecanismos de coordenação intergovernamental. Tais mecanismos incluíram constrangimentos constitucionais ou legais, vinculando diferentes níveis de governo a determinadas regras para gastos ou responsabilidades no desenvolvimento de determinada política pública.

Machado [17, 18] destaca ainda que há traços de federalismo cooperativo além de aspectos da teoria da agência na relação entre a União e governos subnacionais e que o conflito destes dois modelos coexistem nas relações interfederativas em grau variável conforme os interesses da União e dos governos subnacionais, sendo ainda impactados pela burocracia estatal instalada.

Por sua vez, [19, 20], argumentam que no contexto da transição de um federalismo centralizado para um padrão de federalismo cooperativo e descentralizado, implementado pela Constituição Federal de 1988, os atributos marcadamente característicos do chamado federalismo cooperativo coexistem com padrões de relações competitivas entre os três entes federados, por exemplo, no âmbito da alocação de recursos e de im-

plementação de políticas públicas, que são reforçados pela ausência de diretrizes claras quanto aos mecanismos de cooperação [21].

Nesse ambiente, pode-se afirmar que, no Brasil, se estabeleceu um modelo de descentralização regulada, em especial pelos movimentos crescentes de centralização na captação de recursos, reforçados pela forte burocracia administrativa dos formuladores de políticas, segundo os destaques de Machado [17]:

A União fez valer suas prerrogativas constitucionais para legislar sobre políticas públicas de responsabilidade compartilhada [22], recuperando capacidades institucionais e financeiras, [19, 20]. Moldou, assim, um padrão de “descentralização regulada” [22] - fundada na divisão das funções de *policy decision making* e *policy making*, respectivamente atribuídas ao Governo Central e governos subnacionais. Machado e Palotti [23] denotam que a despeito do reconhecimento da verticalização das relações intergovernamentais na operação da descentralização regulada, em especial nas políticas sociais, são poucas as referências explícitas aos indícios de “agencificação” nestas relações estatais. No âmbito deste estudo, para estruturar um quadro conceitual (*framework*) enquanto referencial teórico-conceitual propôs-se abordar a análise de políticas públicas que tem como objeto o conteúdo e o curso da ação proposta por um ator ou grupo de atores, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências.

Na ciência política contemporânea há três correntes tradicionais explicativas o neo-institucionalismo [24]: o institucionalismo histórico - que advoga associam as instituições às organizações e às regras ou convenções editadas pelas organizações formais, além de combinar explicações da contribuição das instituições à determinação de situações políticas, além de contribuições das ideias e processos, o institucionalismo racional - que aborda as instituições pela perspectiva dos direitos de propriedade, das rendas e dos custos de transação para o desenvolvimento e o funcionamento das instituições, enfatizam o papel da interação estratégica na determinação das situações políticas, além da causalidade social dependente da trajetória percorrida (*path dependente*) e, ainda, o institucionalismo sociológico - que inclui nas instituições não só as regras, procedimentos ou normas formais, mas também os sistemas de símbolos, os esquemas cognitivos e os modelos morais que fornecem “padrões de significação”.

Na perspectiva do institucionalismo histórico, a definição de instituição inclui tanto organizações formais quanto regras e procedimentos informais que estruturam a conduta [24, 25]. É na perspectiva mais ampla de instituições como regras do jogo ou como limites que estruturam a intera-

ção humana que o conceito de instituição é incorporado à análise de políticas públicas [12, 13], aplicável ao estudo da política de assistência à saúde.

No modelo usado por Pierson (neo-institucionalismo), as políticas públicas têm ainda importantes efeitos cognitivos, como uma outra face do efeito de *feedback*. De um lado, porque fornecem informações e atribuem significados à realidade; de outro, porque afetam o processo de aprendizagem social entre os principais atores políticos. Esses efeitos de *aprendizagem* podem ser positivos ou negativos, tanto do ponto de vista do Estado quanto da perspectiva dos atores sociais.

North [14, 15] afirma que mudança institucional afirmam que as mudanças nunca são completamente descontínuas, pois, mesmo que se mudem as limitações formais, permanecem as informais, inseridas em costumes, tradições e códigos de conduta que são mais impenetráveis a políticas deliberadas. Embora se desenvolvam valendo-se de regras formais, esses limites informais evoluem no contexto de interações repetidas. As consequências das políticas anteriores, associadas aos padrões de representação dos grupos de interesse, definem o contexto das reformas de políticas públicas. A compreensão da interação entre o processo político e as estruturas institucionais vinculadas à política de saúde permite captar não apenas os aspectos de continuidade na política de saúde, mas também a possibilidade de dinamismo institucional, de forma a não entender a dependência de trajetória e os efeitos de *feedback* como determinantes absolutos das possibilidades de desenvolvimento das políticas de saúde.

A participação e o controle social no SUS

As polêmicas acerca das concepções sobre a participação social desdobraram e incidiram nos debates sobre o tema que aconteceram na 7ª Conferência Nacional de Saúde em 1980, na qual podem ser identificadas duas posições em disputa: a funcionalista que deposita na participação comunitária a expectativa de resolver o problema dos grupos que se mantêm marginais ao processo do crescimento do país, mantendo-se intacta a questão do desenvolvimento social; e a participação como instrumento de democratização, a qual busca novos canais de expressão e de oportunidades de confronto entre os grupos sociais [5, p. 243]

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde possibilitou a agregação de representações de todos os setores engajados na reforma sanitária em busca de uma gestão

democrática que incluísse a participação dos cidadãos comuns de forma a propiciar o controle social sobre a produção e execução das políticas setoriais. Em seguida, os princípios basilares de universalidade, integralidade, equidade dentre outros fundaram o SUS, através dos artigos 196-198 da Constituição Federal de 1988 [16]. O artigo 198 da CF/1988 aborda a descentralização e a participação da comunidade, que aparentemente estão vinculadas desde a conformação do SUS.

Esta descentralização sistêmica e a participação da comunidade associada têm um percurso evolutivo devidamente regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080/1990 [26], com complemento da Lei nº. 8.142/1990 [27]. Pode-se enfatizar as bases da descentralização colaborativa entre os três entes federados, que em menor ou maior grau tem obtido avanços através de espaços permanentes de negociação e pactuação, ao nível nacional através da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que engloba representantes do Ministério da Saúde (União), representantes do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) (estados) e representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e ao nível estadual através das Comissões Intergestores Bipartites (estaduais). Neste mesmo artigo constitucional, devidamente regulamentado pela Lei nº. 8.142/1990 [27] surge outro relevante princípio do SUS: a participação comunitária que personifica o controle social através de conselhos de saúde permanentes e deliberativos e das conferências de saúde (nos três níveis de gestão do SUS).

Tomando como base o processo de descentralização de um país desenvolvido Kincaid [28, 29] relata que no caso dos EUA coexistem o federalismo coercitivo - baseado nos incentivos políticos e preceitos legais, o federalismo dual - pautado no fato dos governos estaduais e locais ainda serem arenas políticas e governamentais fortes e importantes, com altas expectativas de desempenho pelos cidadãos, e, ainda, o federalismo cooperativo - através da forte cooperação administrativa intergovernamental visto que, em última análise, o sistema federal não pode funcionar e servir seus cidadãos sem essa cooperação. Ou seja, sugere uma análise das relações inter e intragovernamental e seus possíveis (des) alinhamentos quanto aos preceitos do federalismo cooperativo.

No Brasil, este processo de descentralização cooperativa e participação social parece ter contornos de tutela estatal, visto que o federalismo cooperativo brasileiro tem contornos do chamado “federalismo coercitivo” [29, 30] ou “descentralização regulada” [17, 22] e/ou

indícios de gerencialismo e *accountability* [31-33] visto que as instituições participantes ainda não se apropriaram de toda a descentralização de poder possível, haja visto as fortes concentrações de poder e de ocupação de espaços por representantes do executivo em ambientes participativos, mesmo que na normativa o usuário ocupam 50% das cadeiras e os profissionais cerca de 25% das vagas nos conselhos de saúde.

Neste ambiente a descentralização do SUS é operacionalizada por ações executivas dos gestores federal, estaduais e municipais, mas com atuação regulatória da comunidade através das diretrizes estabelecidas pelas conferências quadrienais e do controle contínuo e deliberativo dos conselhos de saúde, que viabilizam a participação comunitária e do controle social na formulação de políticas de saúde.

A Lei n. 8.142/90 (Brasil, 1990b) também estabelece os princípios de participação e controle social tendo duas instâncias colegiadas (a conferência de saúde – realizada a cada quatro anos; e o conselho de saúde, de caráter permanente e deliberativo). Estabelece que o CONASS e CONASEMS – órgãos representativos dos secretários de saúde terão assentos no CNS. Além disto, define que representação dos usuários nos conselhos de saúde e conferências será paritária em relação aos demais segmentos (compostos pelos profissionais, pelos prestadores de serviços e pelos representantes governamentais), conforme resolução CNS n.º 333/1992 (mantidos na revisão da resolução CNS n.º 453/2012) que regulamentou as diretrizes globais dos conselhos de saúde e das conferências dos três níveis do SUS.

No caso de estudado, a lei municipal n.º 8.066/1997 (alterada pela lei n.º 8.092/1997) criou o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF) pautado nas bases da resolução CNS n.º 333/1992, sendo objeto de normatizações adicionais por decretos municipais (n.ºs 10.232/1998, 10.842/2000 e 12.104/2006) e resolução CMSF (n.º 010/2001) quanto ao funcionamento do CMSF, que parecem replicar as incipiência de outras instâncias de participação social.

[...] A desarticulação e a ausência de debate para a sistematização política sobre o sistema de saúde e das políticas sociais fazem com que os relatórios de conferências sejam compostos por uma sequência repetitiva de demandas de caráter reivindicatório pontuais.

Um estudo conduzido em 16 municípios do estado de Mato Grosso por Müller Neto et al. (2006) mostra a pouca ou nenhuma articulação entre os delegados para o debate ou mesmo na escolha destas delegações. [...]

as conferências não tiveram nenhuma influência nos rumos dos planos e da política municipal. O que transpõe parece é que as conferências sobrevivem somente pela obrigatoriedade legal [5, p. 253].

Wendhausen e Caponi [34, p.7] trazem-nos outras constatações acerca da atuação dos usuários nos conselhos de saúde. Uma delas é a flagrante diferença de preparo geralmente observada entre conselheiros usuários em relação aos demais, o que dificulta o debate e a interlocução entre os segmentos integrantes dos conselhos. Os conselhos não garantiriam a efetiva participação da sociedade na gestão da saúde pública, facto que seria mascarado pela simples presença passiva de seus representantes nesses colegiados [34].

Em complemento, a literatura (MARTINS, 2008; GAZETA, 2005; TATAGIBa, 2007; LIPORONI, 2006) indica que é frequente que as cadeiras da sociedade civil sejam ocupadas por parentes de pessoas do Legislativo ou do Executivo, com a intenção de evitar possíveis conflitos entre os interesses da prefeitura [5, p. 255].

Por sua vez, a reforma do Estado efetivou a transferência para a sociedade de um conjunto de ações sociais. Essa estratégia fortaleceu o projeto de participação ancorado menos na politização das demandas sociais e na ampliação da presença da sociedade no espaço público de deliberação e mais no ativismo civil voltado para a solidariedade social (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005).

Metodologia

Segundo Daltro e Faria (2019), as perspectivas teórico-metodológicas se constituem como instrumentos para apresentar os resultados das pesquisas, os quais dialogam com o universo epistemológico dos pressupostos científicos e filosóficos (ideológicos, políticos e econômicos) que pertençam. Nesta perspectiva, o relato de experiência se caracteriza como uma construção científica de competência narrativa crítica, envolvendo os conhecimentos e saberes ligados aos sujeitos e aos acontecimentos.

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa que utilizou a metodologia descritiva de um relato de experiência sobre os enfrentamentos e dinâmicas democráticas, no processo de implantação de OSS em uma capital do nordeste brasileiro.

Este relato de experiência de prática profissional será demonstrado a partir da construção legal, análise documental e dos noticiários publicados pela imprensa local durante o processo.

Resultados e discussão

Para traçar uma linha histórica da implantação das OSS e dos enfrentamentos no processo decisório pode-se pautar-se no modelo usado por Pierson (neo-institucionalismo), no qual as políticas públicas têm importantes efeitos cognitivos (aprendizagem institucional), como uma outra face do efeito de *feedback*. Por sua vez, North [14, 15] argumenta que as mudanças ocorrem por evolução incremental e dependem de consequências das políticas anteriores, ou seja, a dependência de trajetória (*path dependence*), associadas aos padrões de representação dos grupos de interesse, definem o contexto das reformas de políticas públicas. Dessa forma, a partir da linha teórica do institucionalismo histórico, que foi a opção analítica deste ensaio, faz-se necessário caracterizar os fundamentos basilares da evolução da gestão por OSS na saúde do Brasil, do Ceará e de Fortaleza.

Os processos de qualificação de organizações sociais no Brasil advém da era Fernando Henrique Cardoso através Lei nº 9.367, de 15 de maio de 1998, artigo 1º, que diz que “o poder executivo qualifica como organizações sociais 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”. A Lei Federal das OSS foi questionada através da ADI 1.923/DF, sendo sua legalidade reconhecida recentemente pelo Supremo Tribunal Federal. No entanto, a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do Senado Federal aprovou, em decisão final, o projeto de lei do Senado Federal (PLS nº 427/2017) e na Câmara dos Deputados tramite sob o nº 10.720/2018 que estabelece novas regras para celebração, controle e rescisão de contratos de gestão do poder público com organizações sociais. A iniciativa de reforma da Lei 9.367/98, que ainda não foi votada em plenário reconhece a necessidade de ajustes, para fazer com que essas organizações e os contratos de gestão a elas vinculados sejam norteados pela “transparência, idoneidade e impessoalidade”. Estados como São Paulo, em 2004, e Distrito Federal, em 2018, aprofundaram as legislações estaduais ampliando as exigências para a qualificação e contratação de organizações sociais.

O modelo de gestão por OSS tem se disseminado em “23 estados brasileiros, o Distrito Federal e mais de 200 municípios e gerenciam mais de 800 unidades de saúde, com mais de 15 mil leitos” segundo informa o presidente do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROS) [35]. Neste mesmo texto, o presidente

do IBROS, argumentou sobre a necessidade de maior transparência conforme exigidos pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP).

Entre as informações a serem disponibilizadas nos sites das OSS estão os relatórios de prestação de contas dos contratos de gestão de cada serviço de saúde, manual de recrutamento e seleção, regulamento de compras e contratação de empresas e serviços, manual de recrutamento e seleção, contratos de gestão e aditivos, manual de cargos e salários, estatuto social e relação de membros da diretoria [...] publiquem demonstrativos mensais de cada unidade de saúde, contendo número de funcionários, médicos e enfermeiros – especificando celetistas, cedidos e PJ quando houver -, taxa de ocupação, percentual de absenteísmo, tempo médio de internação dos pacientes e número de altas hospitalares. [...] Ainda conforme o documento, as Organizações Sociais deverão publicar dados sobre índice de satisfação dos usuários dos serviços de saúde e o total de atendimentos realizados em cada unidade (MACEDO, 2018).

As dificuldades quanto a transparência e controladoria de recursos inerentes ao modelo de gestão por OSS tem sido abordado pela mídia brasileira em diversas realidades, sendo os mais relevantes Rio de Janeiro, Maranhão, Distrito Federal, Pará dentre outros.

A matéria intitulada de “Prefeituras cuidam melhor da saúde básica que OS nas capitais do sudeste - saúde básica bem executada evita futuras internações” da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [36] repercutiu um estudo científico [37] que comprovou que as unidades próprias das prefeituras são mais eficientes que OSS na gestão de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em com os seguintes destaques: “As prefeituras de Belo Horizonte e Vitória apresentam melhores resultados ao administrar diretamente a saúde básica em suas cidades do que as organizações sociais de saúde contratadas para fazer o mesmo nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro. Segundo este estudo [37] nas capitais de São Paulo e Rio de Janeiro o modelo de gestão por OSS é hegemônico nas Unidades Básicas de Saúde e tiveram piores resultados em 13 indicadores de desempenho do Ministério da Saúde comparativamente as capitais Vitória e Belo Horizonte que administram as unidades básicas pelo modelo de administração direta. No Ceará, a qualificação de OSS foi regulamentada pela Lei nº 12.781/1997, proposta pelo governo desse estado, ampliada posteriormente (Lei nº 14.158/2008), e, dentre outras OSS levou à criação e qualificação do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) em meados de 2002 que recebia R\$ 51,5 milhões da

secretaria de saúde do Ceará para gerenciar apenas o Hospital Waldemar Alcântara, em 2009, quando assumiu a gestão do Centro Especializado Odontológico do Crato [38], quando iniciou sua expansão para outras unidades. A figura 1, mostra a evolução dos valores gastos pela Secretaria Estadual de Saúde com contratos da OSs ISGH, que mostra a magnitude e o incremento contínuo dos gastos, com exclusividade de contratos com o ISGH.

Por sua vez, em 2003, a câmara municipal de Fortaleza regulamentou a qualificação de OSS através da lei nº 8.704/2003 (FORTALEZA, 2003), sem haver implementação deste modelo de gestão visto que, em seguida, houve mudança de gestor municipal.

Figura 1 - Evolução de gastos com OSS na secretaria da saúde do Ceará (2013-2019)

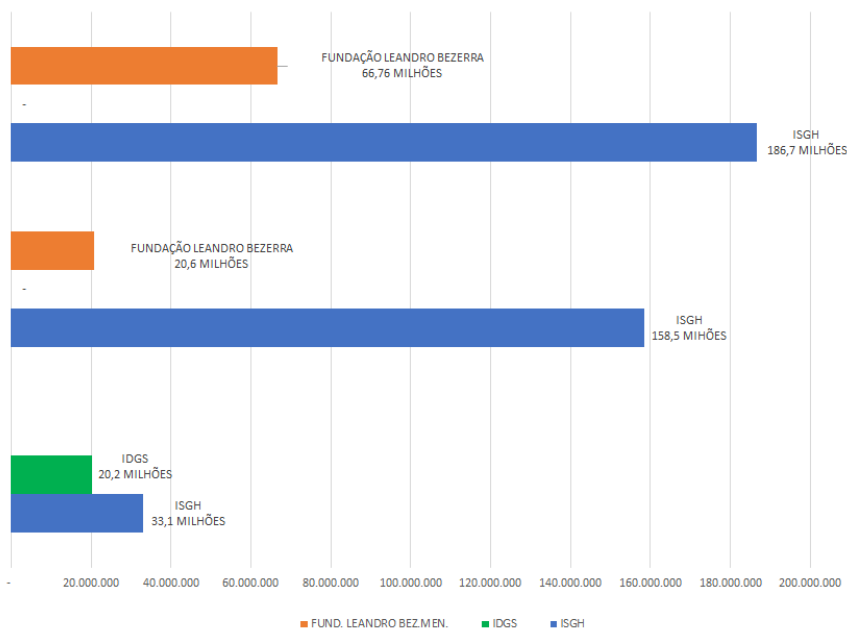
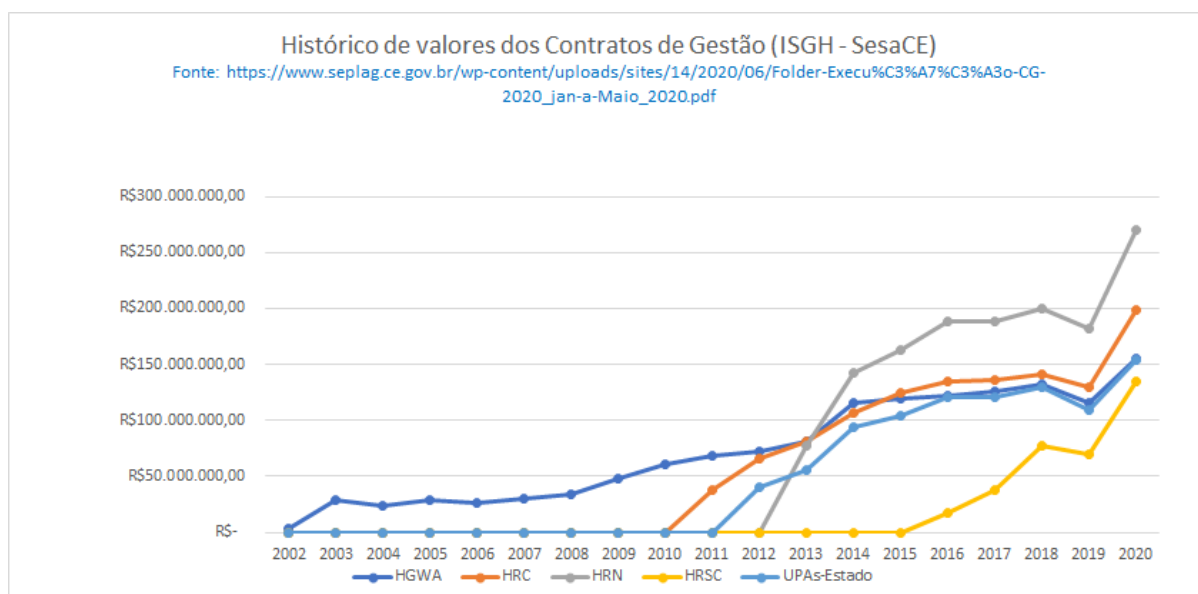


Figura 2 - Evolução de gastos com OSs na Secretaria da Saúde de Fortaleza (2013-2019)



Na saúde de Fortaleza os problemas sobre gestão por OSS aparentemente são relatados ao menos desde julho de 2009, em contratos de gestão em saúde superiores a R\$ 5,5 milhões/anuais e cinco mil funcionários terceirizados geridos pela OSs denominada Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Apoio à Gestão e Saúde (IDGS), que segundo foi noticiado se encerrou o convênio com o IDGS, em junho de 2013 [39].

Em seguida, iniciou-se um processo de expansão de gestão da OSS ISGH na saúde de Fortaleza. A partir de 2013, o ISGH amplia gradativamente sua participação ao longo do período de sua gestão para as novas UPA's e a gestão administrativa, da farmácia e da recepção de todas as 103 UBS de Fortaleza, representando um forte avanço do modelo de gestão de OSS em Fortaleza.

O ISGH já atuava desde 2002 na gestão do Hospital Waldemar Alcântara e após 2011 entrou na gestão de hospitais regionais de grande porte e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), assumindo o protagonismo das OSS na Secretaria da Saúde do Ceará, tendo crescido gradativamente na gestão da saúde de Fortaleza após 2013 até os dias atuais.

Em 2016, o gestor municipal, por meio do Decreto nº 13.799/2016, qualificou a Fundação Leandro Bezerra de Menezes (FLBM) como organização social. Neste mesmo ano, Fortaleza incorporou a FLBM que, conjuntamente, com o ISGH repre-

sentaram um repasse financeiro de aproximadamente R\$ 180 milhões neste ano, em uma crescente que ultrapassou R\$ 252 milhões em 2019 (figura 2).

No escopo de controle legislativo do SUS a legislação ordinária determina que o poder legislativo deva dispor de uma Comissão de Saúde e atuar em articulação permanente com os conselhos de saúde, propondo mesmo que suas atribuições considerem as análises e recomendações dos respectivos conselhos [5, p. 255].

Com a finalidade de flexibilizar a regulamentação das atividades das OSS, em 2018, após análise pela comissão de saúde, a câmara municipal de Fortaleza aprovou o projeto de lei ordinária nº 513/2018 [40], alterando dispositivos da Lei nº 8.704, de 13 de maio de 2003 [41], sobre a qualificação de OSS, criando o programa municipal de publicização e a comissão municipal de publicização, além de flexibilizar os artigos 2 e 3 da lei 10.029/2013 (sucedânea da lei nº 8.704/2003), para extinguir a obrigatoriedade de indicação de membros do poder público para o conselho gestor da OSS, tornando-a facultativa e, ainda, modificando a incorporação do patrimônio de uma OSS ao do município “nos casos de extinção ou desqualificação” da entidade, até os limites dos contratos de gestão.

Por sua vez, no contexto de controle social, a Lei Municipal nº 8.066/1997 (alterada pela de nº 8.092/1997) criou o CMSF pautado nas bases da resolução CNS nº 333/1992, sendo objeto de normatizações adicionais por decretos municipais (nºs 10.232/1998, 10.842/2000 e 12.104/2006) e resolução CMSF (n.º 010/2001) quanto ao funcionamento deste Conselho, que parecem replicar a incipiência de outras instâncias de participação social.

Após a aprovação da lei nº 513/2018 [40] a gestão da secretaria municipal de Fortaleza encaminhou imediatamente um termo de referência ao CMSF solicitando autorização para abrir processo público para firmar contrato de gestão e repassar para OSS a gestão de dois hospitais além de outras unidades de saúde.

Esta possibilidade gerou forte reação dos movimentos sociais e que conseguiram aprovar audiência pública na câmara municipal de Fortaleza, a emissão de uma nota de repúdio contra as OSS na conferência municipal de saúde e a reprovação da proposta por ampla maioria na primeira votação na plenária do CMSF.

Este movimento desencadeou uma tensão no ambiente do CMSF de tal forma que se registrou uma tentativa de nova votação que desaguou em adiamento por pedido de vistas por partes de conselheiros e, posterior recuo da gestão após perder na votação do conselho municipal

de saúde [42]. No entanto, registrou-se possíveis impropriedades nas votações dos conselhos regionais que se repercutiu nos votos dos representantes dos usuários na reunião de aprovação apertada [43]. Isto trouxe desconfiança para os conselheiros. “A prefeitura marcou reunião nas regionais e conselheiros votaram até sem convocar usuários”, explicou um deles. “Houve uma manipulação. A maioria dos presentes era gestor, não tinha usuário e (falavam) em tom ameaçador”, completa uma conselheira. As regionais representam os usuários. [...] Segundo os entrevistados, não houve convocação de conselheiros com opiniões contrárias, com exceção das reuniões na regional 5 e 6. O pior caso seria o da Regional 2, onde a reunião foi realizada no dia 30 de abril. O novo termo, aprovado ontem, só chegaria ao Conselho no dia 7 de maio).

Em reunião do CMSF, dentre os questionamentos relacionados às OSS, destacaram-se as temáticas relativas à qualidade dos serviços prestados; às condições sanitárias e aos desabastecimentos das instituições administradas por esse modelo de gestão; ao planejamento de saúde pública pautados nas legislações do SUS (Lei nº 8.080 /1990 e 8.142/1990); além das questões de legalidade dos meios de contratação de pessoal e das relações trabalhistas dos profissionais das OSS. Também se evidenciou a dificuldade de participação do CMSF nas deliberações de ações de saúde implantadas pelas OSS [44, atas 159/2013 e 162/2013].

Em 2014, diante de denúncias relativas a precarização das condições de trabalho por falta de medicamentos e materiais para prestação da assistência à saúde, o CMSF atuou para obter informações sobre a legalidade dos contratos com OSS, bem como organizar um grupo de trabalho para atuar na fiscalização quanto às transferências dos recursos municipais para as OSS [44, ata 173/2014].

Em meados de 2019, frente ao debate de termos de referência para celebrar contratos com repasses acima de R\$ 465 milhões, por 48 meses, para uma nova OSS para gerenciar dois hospitais, três policlínicas e duas unidades básicas de saúde, além do programa de atendimento domiciliar, o CMSF convidou especialistas e registrou pedido de vistas pautados nas análises e acórdãos do TCU (Tribunal de Contas da União), sendo que dois destes (acórdãos nº 3.239/2013 e nº 352/2016 do TCU) indicam para a necessidade de uma legislação de controle e acompanhamento; e constam algumas dificuldades legislativas, sendo que foi imposto à época, à controladoria do Ministério da Saúde, um outro acórdão nº 1.215/2016, exigindo tal regulação [45, ata 115/2019].

Diante da necessidade de evidências sobre o modelo de gestão das OSS, ora implantados em Fortaleza, o CMSF aprova o contraponto no que tange a conhecimentos científicos, se existe evidências quanto aos benefícios ao SUS local, trazidos pela OSs, em especial, no acompanhamento da gestão para cumprir as exigências dos acórdãos TCU [45, ata 116/2019] e se posiciona contrário a terceirização das oito unidades de saúde, alinhados com as ressalvas apontadas em decisão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios:

Julga-se parcialmente procedente a ação, para declarar, com efeito *ex tunc* e eficácia *erga omnes*, a inconstitucionalidade das expressões “e institucional, da flora e da fauna”, “ação social”, “defesa do consumidor”, “esporte”, “agricultura e ao abastecimento”, contidas no artigo 1º; a inconstitucionalidade do parágrafo único do artigo 3º; a inconstitucionalidade da expressão “A contratação da entidade” contida no §1º do artigo 6º; e a inconstitucionalidade do artigo 18, todos da Lei 4.081/08, com redação dada pela Lei nº 4.249, de 14 de novembro de 2008 (TJDFT, Processo nº 20090020123053ADI. Acórdão nº 470862. Relator: Desembargador Lecir Manoel da Luz, 19 de outubro de 2010. DJeTJDFT de 07.01.2011, p. 15).

Ademais, o normativo federal, ao tratar da execução e fiscalização do contrato de gestão (Seção IV), previu em seu art. 8º, §2º que os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação.

A gestão solicitou apreciação do termo de referência ajustado para contratação das OSS, ficando aprovado desde que a secretaria municipal de saúde de Fortaleza, em conjunto com o CMSF, realize imediata articulação com as instituições de ensino superior para a discussão sobre a realização de pesquisas de avaliação da implementação e do desempenho da gestão por OSS no Município de Fortaleza, considerando as metas pactuadas nos termos de referência e outros indicadores e desfechos que forem necessários para medir eficiência, economicidade e satisfação do usuário com os serviços prestados [45, ata 116/2019] que se transformou em resolução com as exigências do CMSF, notadamente, quanto ao acompanhamento do contrato e pesquisas conforme os acórdãos do TCU aludidos [46, resolução 10/2019].

Em meados de 2020, o gestor municipal avança com a contratação de dois novos serviços (policlínicas) com

gastos acima de R\$ 133 milhões, por 48 meses, a ser incorporados pelas OSS e mesmo sem as evidências sobre os benefícios da gestão das OSs, o CMSF aprova a contratação proposta [45, ata 127/2020], quando alguns conselheiros exigem a execução dos estudos constantes na resolução CMSF nº 010/2019 para se debater, em bases técnico-científicas, os potenciais benefícios da gestão das OSS comparadamente a gestão direta das unidades.

Ainda em 2020, o gestor municipal solicitou deliberação do CMSF quanto a terceirização plena, inclusive das áreas fins, de 19 Unidades Primárias de Atenção à Saúde (UAPS), com gastos acima de R\$ 213 milhões, por 48 meses, a ser incorporados por nova OSS. Dessa forma, iniciou-se um novo ciclo de avanço na terceirização para OSs visto que, desde 2013, o ISGH havia evoluído assumido apenas a gestão administrativa, da farmácia e da recepção em todas as 113 UAPS de Fortaleza, além da gestão plena das seis UPAS em conjunto com a OSS FLBM. Nesse contexto, houve um acirramento das disputas dentro do CMSF que voltou a debater as exigências de controle e acompanhamento e dos estudos que gerem evidências científicas das vantagens da terceirização das unidades, conforme acórdãos do TCU (acórdãos nº 3.239/2013, nº 352/2016, nº 1.215/2016 e nº 2.444/2016).

No entanto, novamente parte do CMSF se insurge contra os avanços das OSS na SMS de Fortaleza, através de um relatório de acompanhamento da gestão do sistema, especialmente, por não ter acontecido debates aprofundados no CMSF da terceirização plena de 19 UAPS, sendo o termo de referência reenviado para as comissões no contexto de outro pedido de vistas da contratação de novas OSS, quando um grupo de conselheiros solicita que sejam apresentadas as evidências exigidas na resolução CMSF nº 010/2019 quanto a diversos aspectos da terceirização e que qualquer mudança de gestão nos equipamentos de saúde seja baseada em estudos técnicos, articulados com instituições de ensino, comprovando economicidade, eficácia e eficiência [45, ata 230].

Considerações finais

A reforma administrativa brasileira desencadeada na década de 1980, culminando para flexibilização de gestão na década de 1990, tem no ano de 1995 o impulso na gestão dos serviços públicos de saúde por meio das organizações sociais.

As OSS são instituições referidas como do “terceiro setor”, por sua característica público-privada, onde a sociedade civil se organiza como responsável pela prestação de serviço público, no entanto se diferenciam do setor privado, pois não visam lucro neste processo.

Com o intuito de maior autonomia, flexibilidade, qualidade e eficiência dos serviços públicos, as OSS se tornaram amplamente difundidas em todo país, embora ainda tenha sua regulamentação incipiente e que dificulta o monitoramento, controle e avaliação destes serviços. Considerando ainda que nesse modelo de parceria, em que há transferência da prestação de serviços em saúde para as OSS, torna-se evidente a necessidade da presença do Estado na regulação, fiscalização e planejamento das ações, requerendo maior detalhamento legal dos papéis de cada estrutura que compõem esse modelo de gestão.

Embora o relato de experiência seja uma metodologia que conota a subjetividade das evidências, o que caracteriza uma limitação no estudo, na prática, por trazer elementos e registros documentais, nesta pesquisa, foi possível caracterizar a evolução e o cenário instalado em um município sobre a gestão dos serviços públicos de saúde por OSS. É perceptível que o modelo de ges-

tão por OSS traz obscuridade no que diz respeito aos princípios legais da “transparência, idoneidade e impessoalidade” que são inerentes ao setor público. O processo de planejamento não fica evidenciado para a instalação dos serviços e implantação das ações em saúde voltadas para as reais necessidades da população atendida. Também se manifestam dificuldades das relações na esfera trabalhista, que necessitam de uma ampliação no debate no que diz respeito a qualificação e valorização das equipas para o exercício legal dos profissionais responsáveis pela atenção à saúde. Outro destaque parece ser a falta de convencimento de parte do controle social (CMSF) quanto às evidências de eficiência, economicidade e satisfação do usuário com os serviços prestados pelas OSS, pelo que enfatizam a relevância de estudos nesse campo.

Diante do exposto, fica evidente a necessidade de aprofundamento no amparo legal para as atividades das OSS, assim como procedimentos de controle fiscal validados pelo respectivo tribunal de contas e diretrizes de funcionamento das mesmas, a fim de compor ao planejamento das políticas de saúde locais, e possibilitar atuação fiscalizatória à instância de controle social, como legitimadora de facto das ações das OSS.

Bibliografia

1. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.080/1990 (1990).
2. Conass. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf.
3. Lei nº 8.142, de 12 de novembro de 1990, Lei nº 8.142/1990 (1990).
4. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, (2012).
5. Costa AM, Vieira NA. Participação e controle social em saúde. In: Cruz FO, editor. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 237-71.
6. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc saúde coletiva*. 2001;6(2):20.
7. Ney MS, Gonçalves CAG. Reformas administrativas e o desmonte neoliberal do Estado brasileiro: desafios para o enfrentamento ao novo coronavírus. *Physis: Revista Saúde Coletiva* 2020;30(3):8.
8. Brasil. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), conduzido pelo então Ministro da Administração Federal. Brasília, DF: Presidência da República, Câmara de Reforma do Estado; 1995.
9. Baggenstoss S, Donadone JC. A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas décadas no Brasil. *Revista Temas y Problemas de Nuestra América*. 2014.
10. Tanaka OY, Melo C. Inovação e gestão: a organização social no setor saúde 2002.
11. Coelho VSP, Greve J. As organizações sociais de saúde e o desempenho do SUS: um estudo sobre a atenção básica em São Paulo. *Revista de Ciências Sociais*. 2016;59(3):867-901.
12. Pierson P. When effect becomes cause: police feedback and political change. *World Politics*. 1993;45(4):34.
13. Pierson P. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
14. North DC. Institutions. *The Journal of Economic Perspectives*. 1991;5(1):16.
15. North DC. Economic Performance through Time. *The American Economic Review*. 1994;88(3):10.
16. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Distrito Federal: Brasília: Congresso Nacional; 1988.
17. Machado JA. Federalismo e políticas sociais: conexões a partir da Teoria da Agência. *Rev Serv Público*. 2018;57-84.
18. Machado JA. Relatório de pesquisa: relações intergovernamentais e coordenação de políticas sociais: eficácia e contenção do poder no desenho dos incentivos financeiros federais. Belo Horizonte: UFMG; 2011.
19. Almeida MHT. Federalismo e proteção social : a experiência brasileira em perspectiva comparada. São Paulo: FGV; 2000.
20. Almeida MHT. Recentralizando a Federação? *Revista de Sociologia e Política*. 2005;29-40.
21. Franzese C. Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas [Doctoral]. São Paulo 2010.
22. Arretche M. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro 2012.
23. Machado JA, Palotti PLM. Entre cooperação e centralização: federalismo e políticas sociais no Brasil pós 88. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2015;61-82.
24. Hall PA, Taylor RCR. *Political Science and Three New Institutionalisms*. Wiley online library. 1996;44(5):21.
25. Thelen K. Historical institutionalism in comparative politics. *Annu Rev Polit Sci*. 1999(2):36.
26. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Distrito Federal: Brasília: Congresso Nacional; 1990.
27. Brasil. Lei 8.142, de 12 de novembro de 1990. Distrito Federal: Brasília: Congresso Nacional; 1990.
28. Kincaid J. From Cooperation to Coercion in American Federalism: Housing, Fragmentation, and Preemption, 1780-1992. *Journal of Law and Politics*. 1993;9:333-433.
29. Kincaid J. Contemporary U.S. Federalism: coercive change with cooperative continuity. *REAF*. 2008:10-36.
30. Posner P. The Politics of Coercive Federalism in the Bush Era. *The Journal of Federalism*. 2007;37(3):390-412.

31. Hood C. Beyond the public bureaucracy state? Public administration in the 1990s', inaugural lecture. London School of Economics; 1990.
32. Hood C. A public management for all seasons? Public Administration. 1991;3-19.
33. Simonet D. The New Public Management Theory and the Reform of European Health Care Systems: An International Comparative Perspective International Journal of Public Administration. 2011;34(12):13.
34. Wendhausen Á, Caponi S. Dialogue and participation in a local health council in the State of Santa Catarina. Cad Saúde Pública. 2002.
35. Macedo F. A verdade sobre as OSS em saúde. Caderno de Política. 2018.
36. ABRASCO. Estudo atesta maior qualidade da atenção básica pela administração direta do que por OS. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).
37. Ramos ALP, De Seta MH. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. Cad Saúde Pública. 2019.
38. Viana KCA. As Organizações Sociais no Âmbito do Governo do Estado do Ceará: Celebração, Acompanhamento e Fiscalização dos Contratos. Congresso Consad de Gestão Pública; Brasília 2010.
39. De Lima E. MPF pede que polícia federal investigue contrato da gestão... . Caderno Blogs e Coluna. 2013.
40. Legislativo aprova matéria sobre organizações sociais em 1ª discussão [press release]. Fortaleza: Câmara Municipal de Fortaleza 2019.
41. Lei nº 8.704 de 13 de maio de 2003, (2003).
42. Prefeitura de Fortaleza recua e retira Hospital da Mulher da gestão de Organizações Sociais. Diário do Nordeste. 2019;Sect. Caderno Política.
43. Após retirar hospital da mulher, prefeitura consegue aprovação. Caderno Jornal. 2019.
44. CMSF. Atas das reuniões deliberativas do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (2012 a 2016). In: Fortaleza SMdSd, editor. Fortaleza: Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza; 2012-2016.
45. CMSF. Atas das reuniões deliberativas do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (2017 a 2020). In: Fortaleza SMdSd, editor. Fortaleza: Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza; 2017-2020.
46. CMSF. Resoluções deliberativas do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (2015 a 2020). In: Fortaleza SMdSd, editor. Fortaleza: Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza; 2015-2020.

Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.