

# VISÃO DE EMPREENDEDORISMO E ATITUDES INOVADORAS NA GESTÃO PÚBLICA E NAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE:

## CASO DE IMPLANTAÇÃO E GESTÃO DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO EM SANTA CATARINA

Pericles Ewaldo Jader Pereira<sup>1</sup>  
Jéferson Deleon Fávero<sup>2</sup>  
Lucas Schneider<sup>3</sup>  
Estelamaris Reif<sup>4</sup>

### RESUMO

Este artigo busca verificar como o perfil empreendedor e atitudes inovadoras são vistos na gestão pública e nas organizações sociais de saúde segundo o olhar de seus gestores. A pesquisa é descritiva, com abordagem qualitativa e uso do método de estudo de caso. As informações foram coletadas por meio de dados secundários e entrevistas semiestruturadas com gestor público e gestor de uma organização social de saúde. As entrevistas contemplaram conceitos da literatura de empreendedorismo, gestão pública e de organizações sociais de saúde. A pesquisa identificou que o perfil empreendedor é visto por seus gestores como fundamental tanto para a gestão pública, por causa da escassez e burocratização dos recursos públicos, quanto para as organizações sociais de saúde, pelas regras de cumprimento dos contratos firmados com o poder público na gestão de unidades de saúde municipais. Em maior ou menor escala, as organizações sociais de saúde apresentaram os traços de empreendedorismo e inovação, e, dependendo da finalidade da constituição e da configuração que a organização social apresenta, alguns elementos se sobressaem a outros em grau de importância.

**PALAVRAS-CHAVE:** Empreendedorismo, Gestão Pública, Organizações Sociais de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento.

\*\*\*

1. Doutorando, e-mail: peckjader@gmail.com
2. Doutorando, e-mail: jeferson\_deleon@hotmail.com
3. Mestre, e-mail: admLucass@hotmail.com
4. Mestre, e-mail: estelamarisreif@gmail.com

\*\*\*

# 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil, no âmbito de seu processo de consolidação, tem como principal desafio a melhoria da sua capacidade de gestão para que possa atender a satisfação dos seus usuários. Esse desafio implica eficiência no uso dos recursos, considerados escassos quando comparados ao volume de pessoas que dependem exclusivamente desse serviço. O desafio também pode ser medido pela grandeza dos problemas, que combinam um perfil demográfico e epidemiológico em transição, o envelhecimento da população e a incidência cada vez maior de doenças crônicas e degenerativas (BARBOSA *et al.*, 2015).

Em relação ao comprometimento social com a melhoria do atendimento de urgências e emergências da população, o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando dificuldades devido ao envelhecimento da população, aumento da mortalidade de causas externas, crescente necessidade de incorporação tecnológica e aumento significativo por demanda de serviços de saúde, fazendo com que tal matéria torne-se essencial para aprimoramento contínuo e busca mútua de solução dos problemas (RYCHETNIK *et al.*, 2004).

Segundo Ibanes (2013), foi instituída no ano de 2003 pelo ministério da saúde, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), objetivando garantir de maneira integral, igual e universal todos os atendimentos de urgência. Essa política foi reformulada em 2011, instituindo a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde (SUS) – uma medida que visa à articulação e integração de todos os equipamentos de saúde para garantir uma continuidade e vazão nos sistemas de atendimentos de saúde.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) integrantes da (PNAU) vêm a ser o conjunto de serviços de urgência que compõe essa rede e que deve ser implementado gradativamente em todo o território brasileiro, tendo como critérios os fatores epidemiológicos e de densidade da população (IBANES, 2013).

**AS UPAs TIVERAM SUA CRIAÇÃO PARA QUE SERVISSEM COMO PORTA DE ENTRADA AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA; E, DEPENDENDO DO ATENDIMENTO, O CASO PODERIA SER RESOLVIDO LOCALMENTE, ESTABILIZADO E/OU ENCAMINHADO PARA OS HOSPITAIS. DE ACORDO COM AS SUAS ATRIBUIÇÕES, AS UPAs DEVERIAM FUNCIONAR 24 HORAS POR DIA, REALIZAR A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS PACIENTES, RESOLVER OS CASOS DE BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE, ESTABILIZAR OS CASOS DE PACIENTES GRAVES E POSSUIR ESTRUTURA FÍSICA, RECURSOS HUMANOS E TECNOLÓGICO SUFICIENTES PARA O ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO DE SUA DETERMINADA ÁREA DE ATUAÇÃO (MALTA *ET AL.*, 2012).**

O ambiente dinâmico de mudanças significativas na política e na economia torna a criação e administração de organizações um fenômeno complexo que demanda uma gestão

empreendedora e inovadora. Estados brasileiros estão optando por experimentar uma forma alternativa para a gestão de UPAs: a contratação dos serviços de Organizações Sociais de Saúde (BARBOSA *et al.*, 2015).

Diante desse cenário, surge o papel das Organizações Sociais de Saúde (OSS), que são de interesse e de utilidade pública, sem fins lucrativos, e surgem por meio de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, atuando nas atividades de ensino, saúde, pesquisa tecnológica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente (IBANES, 2013).

Nesse contexto, subentende-se que as UPAs exigem habilidades administrativas, dada a constante necessidade de gerar inovação para o atendimento da população. Essas habilidades dependem do potencial de empreendedorismo e inovação tanto dos governos quanto dos administradores das Unidades de Pronto Atendimento que, nesse caso, são as OSS.

Justifica-se a realização do presente artigo pela relevância do tema tratado: empreendedorismo

na administração pública. Essa relevância evidencia-se através da incessante busca da população por um melhor atendimento e, por outro lado, pela falta de recursos da administração municipal, além da importância de se entender os mecanismos que conduzem a uma melhora nos serviços essenciais de saúde. Para tanto, este trabalho buscou responder a seguinte questão-problema: Como o perfil empreendedor é visto na gestão pública e nas organizações sociais segundo o olhar de seus gestores? Nesse sentido, o conhecimento dessa visão poderá nortear as decisões que envolvem uma liderança empreendedora na gestão pública.

Inicialmente, o texto apresenta uma introdução, junto com a justificativa e o objetivo do presente estudo. Em seguida, o referencial teórico é apresentado com o intuito de esclarecer e apresentar os tópicos de base do artigo, notadamente Unidades de Pronto Atendimento, organizações sociais e empreendedorismo. A metodologia de coleta de dados é apresentada com detalhes da entrevista e das informações que auxiliam no desenvolvimento do artigo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

---

Nesta revisão de literatura, são abordados temas que embasam conceitualmente a problemática da pesquisa em questão. Inicialmente, são apresentados os conceitos de unidade de pronto atendimento; posteriormente, os conceitos de organização social de saúde; e, por fim, alguns conceitos de empreendedorismo e perfil empreendedor.

### 2.1 Unidade de Pronto Atendimento – UPA

No âmbito da oferta da saúde, um dos pontos cruciais e sempre criticados é justamente a entrada dos usuários do SUS, em especial aqueles acometidos de problemas de urgência. A urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (CFM, 1995).

Segundo Scarpelini (2007 *apud* IVO; MONTAGNER; MONTAGNER, 2013), a desorganização no atendimento às urgências tem sido uma realidade na grande maioria das cidades brasileiras, gerando graves transtornos dentro do sistema de atendimento e acarretando problemas gerenciais para as secretarias municipais de saúde. Nos últimos anos, houve grande esforço em se avançar nas diretrizes para a formação de um sistema uniforme de atendimento às urgências, buscando melhorias na área; porém, as diferenças estruturais apresentadas entre as regiões tornam difícil o alcance dos objetivos.

Outro grande problema é que, normalmente, os hospitais gerais possuem, também, uma entrada desorganizada de urgências e emergências médicas, sem estrutura física ou com o quadro de recursos humanos insuficiente. Com isso, esses serviços sofrem, em grande parte das regiões do país, o maior impacto da desorganização do sistema, tornando-se o alvo preferido para as críticas ao modelo nacional de assistência à saúde (SCARPELINI, 2007 *apud* IVO; MONTAGNER; MONTAGNER, 2013).

De acordo com Machado, Salvador e O'Dwyer (2011), no Brasil, nos anos 2000, a atenção às urgências assumiu destaque na agenda federal da saúde. Em que pese o desenho abrangente da Política Nacional de Atenção às Urgências, sua implantação caracterizou-se pela expansão de serviços específicos, marcada por três momentos: 1998-2002 – regulamentação inicial; 2003-2008 – ênfase nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); a partir de 2009 – ênfase nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), como componente fixo da atenção pré-hospitalar às urgências.

A construção da rede de urgências e emergências no cenário nacional pode ser delimitada em três períodos: o primeiro, com predomínio

da implementação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o atendimento de Urgências e Emergências (priorização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu como estratégia); o segundo, focado na implantação das UPAs; e o terceiro, que insere a rede de urgências e emergências em uma rede de atenção, conforme a política nacional de conformação de redes (DOURADO, 2013 *apud* UCHIMURA *et al.*, 2015).

Diretrizes das UPAs foram estabelecidas para a implantação no país:

Art. 2º – Definir como Unidade de Pronto Atendimento (UPA) o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, associada a uma rede organizada de atenção às urgências. (BRASIL, 2009).

A proposta de implantação das Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, que surgiu em seguida, buscou novo espaço de atenção às urgências, além da regionalização e qualificação da atenção e da interiorização, com ampliação do acesso, com vistas à equidade. A integração da UPA com o SAMU foi um importante instrumento com a finalidade de favorecer essa regionalização e o desenvolvimento da atenção básica, diferenciando-se dos tradicionais serviços de pronto atendimento ou prontos-socorros (BRASIL, 2009).

Em 13 de maio de 2009, a Portaria n.º 1.020 buscou a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes regionais de atenção integral às urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2009).

As UPAs e as Salas de Estabilização (SE) passaram a ser partes integrantes do componente pré-hospitalar fixo (BRASIL, 2009). Essa

portaria buscou definir a UPA como estrutura de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo compor com essas uma rede organizada de atenção às urgências, com pactos e fluxos previamente definidos (BRASIL, 2009).

Na portaria, ficaram especificadas as principais competências e responsabilidades das UPAs, por exemplo, o desenvolvimento de ações de saúde por meio do trabalho de equipe interdisciplinar em função do porte de cada unidade; a prestação de atendimento a pacientes agudos e agudizados, de forma resolutiva e qualificada; entre outros (BRASIL, 2009).

O documento buscou definir o valor máximo do incentivo financeiro a ser repassado pelo Ministério da Saúde para a implantação das respectivas unidades, compreendendo a área física e mobiliário, materiais e equipamentos mínimos, de acordo com o respectivo porte (BRASIL, 2009).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecidas em 2010, são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado, destacando que a atenção às urgências deve estar organizada dessa forma. As redes são uma garantia do direito à saúde por intermédio da ampliação do acesso, amenizando as desigualdades sociais (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

## 2.2 Organização Social de Saúde – OSS

Segundo Di Pietro (2002), as entidades do Terceiro Setor são chamadas de paraestatais porque atuam ao lado do Estado, não visam

a substituí-lo, mas, sim, colaborar com este no desempenho de suas atividades para que possa atingir, de forma mais rápida e eficaz, os objetivos propostos nos planos e metas governamentais. Também, recebem a denominação de entidades públicas não estatais, pois, apesar de prestarem serviços de interesse público, não integram a administração pública, servindo apenas de apoio na gestão pública.

Apesar de serem entidades privadas, podem receber certa ajuda do Estado através de recursos destinados à manutenção dos serviços que a elas são destinados. São requisitos para isso o desenvolvimento de atividade de interesse público (a atividade desempenhada pelo Terceiro Setor deve interessar à toda a sociedade – toda ela pode usufruir desse serviço) e o recebimento de um título jurídico (utilidade pública, fins filantrópicos ou organização social) concedido pelo próprio Estado (DI PIETRO, 2002).

Uma Organização Social (OS), que pode ser destinada para o fim de manutenção de serviços de saúde – nesse caso, denominada Organização Social de Saúde –, é uma entidade do Terceiro Setor, ou seja, de direito privado, que recebe esse título da própria administração e é autorizada a, com ela, celebrar contratos de gestão. Foi criada para receber do Estado serviços públicos por ele prestados, tais como saúde, educação, cultura e pesquisa científica. Além dos serviços públicos, essas entidades podem prestar atividades socialmente relevantes que não sejam competência exclusiva do Estado, quando serão por este incentivadas (ROCHA, 2003).

Uma OS é uma instituição privada sem fins lucrativos, com interesses públicos. Possuem tal qualificação apenas as entidades que se enquadram nos critérios da Lei Federal n.º 9.637, de 15 de maio de 1998, que as criou, ou nas demais leis estaduais e municipais editadas após a referida lei federal. A título de exemplo, para

que se enquadrem a esses critérios, é necessário que:

- Possuam atividades direcionadas à educação, à pesquisa científica, ao desenvolvimento da tecnologia, ao meio ambiente, à cultura e à saúde;
- Comproven seu registro quanto à natureza social de seus objetivos, à finalidade não lucrativa, à previsão em ter um conselho de administração e uma diretoria, à obrigatoriedade da prestação de contas à União; e
- Tenham aprovação do Ministro da área de atividade ou do titular do órgão supervisor e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado (BRASIL, 2011).

As diretrizes da contrarreforma do Estado na saúde, em seu componente dos modelos de gestão de unidades públicas, procuraram se materializar por meio de leis federais, mas também das leis estaduais e municipais. Além das fundações estatais de direito privado, que não serão aqui abordadas, trataram da criação das OSs e das organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPs) – no plano federal, foram criadas pelas leis n.º 9.637, de 15/5/1998, e n.º 9.790, de 23/03/1999, respectivamente. Essa normatização não tem sido feita sem resistências da sociedade, encontrando-se no Supremo Tribunal Federal uma ação ajuizada arguindo a constitucionalidade na Lei das OSs – a ADIn 1.923/DF.

Um dos mecanismos básicos para que estados e municípios aderissem a essas mudanças foi a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n.º 101, de 4/5/2001), que impõe um teto de 56 % da receita corrente líquida com despesas de pessoal, criando condicionalidades financeiras relativas aos gastos com saúde, sabidamente

intensivos em pessoal. Há razoável consenso de que ela foi uma das atitudes impulsionadoras da política financeira neoliberal e da contrarreforma do Estado, avançando, ainda, sobre a autonomia dos entes federais (FLEURY *et al.*, 2010).

## 2.3 Empreendedorismo

Para Gomes, Lima e Cappelle (2013) o empreendedor tem como objetivo, por meio de suas experiências profissionais e sua vivência, transformar a organização para um desenvolvimento acompanhando as mudanças que acontecem no ambiente e no mercado.

O termo empreendedorismo, por si só, compõe elementos que dizem respeito a investimento, riscos financeiros e planejamento que são definidos pelo ambiente de mercado (SOUZA, PAIVA Jr.; LIRA, 2010).

**EMPREENDEDORISMO PODE SER VISTO COMO A FORMAÇÃO DE ALGO NOVO, ADVINDA DA VISÃO DE UMA OPORTUNIDADE. O EMPREENDEDOR, PRECISA DE DEDICAÇÃO, EMPENHO E CORAGEM COMO CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTAIS, PARA QUE CONSIGA PREVER E CALCULAR OS RISCOS DO AMBIENTE (LEM ET AL., 2007).**

A atitude inovadora gera resultados comprovados que estão de acordo com as necessidades do mercado. As atitudes do empreendedor normalmente estão voltadas para o processo de inovação (LENZI; KIESEL; ZUCCO, 2010).

Segundo Valadares e Emmendoerfer (2015), o empreendedorismo tem sido incorporado à gestão pública por meio de reformas administrativas. Cada vez mais, os governantes estão sendo instigados a promover um modelo de administração pública que seja capaz de insuflar nas organizações públicas uma cultura empreendedora. Ainda, pode ser visto como uma forma de resposta à competição, forçando as pessoas a adotar novos paradigmas, eliminando barreiras comerciais e culturais, encurtando distâncias, globalizando e renovando os conceitos econômicos, criando novas relações de trabalho e gerando riqueza para a sociedade.

Para Catelli *et al.* (2014) a gestão pública vem se tornando, cada vez mais, uma preocupação dos

cidadãos que são estimulados ao envolvimento participativo. As redes sociais e os demais meios de comunicação informam sobre os impactos dos planos, das políticas, dos orçamentos, dos superávits e dos déficits na vida de cada membro da sociedade.

Os mesmos autores argumentam que os gestores públicos não são mais apenas obrigados a se manter atentos aos seus limites, muitas vezes escassos de recursos, mas, por meio de atitudes empreendedoras e inovadoras, otimizar a aplicação desses recursos para que venham a atender efetivamente às demandas da sociedade (CATELL *et al.*, 2014).

### 3 METODOLOGIA

---

Para alcançar os objetivos propostos, foi realizado um procedimento de investigação, utilizando um estudo de caso único (EISENHARDT, 1989), com uso de abordagem exploratória qualitativa e abordagem descritiva (WELCH *et al.*, 2011).

Tal método foi utilizado com o propósito de investigar como o perfil empreendedor é visto na gestão pública e nas organizações sociais segundo o olhar de seus gestores, fazendo com que os mesmos se tornem peças fundamentais das mudanças necessárias para que a gestão possa tomar o melhor rumo em busca das metas preestabelecidas.

A escolha da cidade de Rio do Sul, no estado de Santa Catarina, com um estudo de caso único para análise, se justifica tendo em vista o fato de a cidade ter estabelecido, no ano de 2016, um contrato de terceirização da gestão de sua unidade de pronto atendimento com uma OSS. A orientação exploratória será realizada

a partir da interação entre o caso específico e a questão-problema.

Por meio de contato com a Secretaria Municipal de Saúde, foi possível chegar ao secretário de Saúde e, por seu intermédio, chegar ao gestor da OSS que atua na UPA do município.

Para tornar a pesquisa mais consistente e estender sua validade e confiabilidade (YIN, 2010), uma abordagem narrativa (SOLE; WILSON, 2002) foi utilizada para capturar todo o processo de implantação.

A triangulação das múltiplas fontes de dados (YIN, 2010) foi realizada com dados secundários, entrevistas em profundidade e análise de documentos fornecidos pela prefeitura, visando a uma melhor compreensão da pesquisa.

Primeiro, foram coletados os dados secundários sobre o caso em: i) site oficial da prefeitura; ii) documentos fornecidos pela prefeitura; iii) portal da transparência.

Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e face-a-face (YIN, 2010), desenvolvidas em novembro de 2016, na sede da Unidade de Pronto Atendimento do município de Rio do Sul – SC, com o senhor Luiz Fernando Donke, diretor comercial e gestor da organização social responsável pela gestão da UPA, e o senhor Garibaldi Antonio Ayroso, prefeito municipal. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

## 4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

Abaixo são apresentadas a descrição do caso e a análise do caso.

### 4.1 Descrição dos resultados

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul (2016), a UPA foi cadastrada pelo governo na gestão de 2009-2012. O governo de 2013-2016 conseguiu buscar, no ano de 2013, R\$ 2.200.000,00 do Ministério da Saúde para a obra e equipamentos.

Foi realizado o projeto e, posteriormente, lançado o edital de licitação para a construção da UPA, da qual a empresa Construlacer foi a vencedora por aproximadamente R\$ 3,2 milhões (PREFEITURA DE RIO DO SUL, 2016)

A obra foi paralisada durante alguns períodos por dificuldades nos repasses; porém, ficou pronta em agosto de 2016. Outros recursos também foram buscados junto ao Governo do Estado para a aquisição de equipamentos, no valor de R\$ 514.000,00, sendo realizada, entre os equipamentos adquiridos, a compra de um Raio-X Digital no valor de R\$ 270.000,00 (PREFEITURA DE RIO DO SUL, 2016).

No dia 15 de setembro de 2016, foi inaugurada a UPA de Rio do Sul e, desde o primeiro dia, foi alimentado o sistema de informações do Ministério da Saúde (DATASUS, 2016). A UPA foi uma conquista da população riossulense

para que casos menos graves fossem atendidos ali, deixando que os casos graves fossem atendidos pelo Hospital Regional de Rio do Sul (PREFEITURA DE RIO DO SUL, 2016).

De janeiro a agosto de 2016, a média de atendimentos do Hospital Regional era de 2.863 atendimentos/mês. De outubro a janeiro de 2017, essa média de atendimentos caiu para 1.860 atendimentos/mês (DATASUS, 2016).

O Hospital Regional recebe do Ministério da Saúde, por meio das Redes de Urgência e Emergência, R\$ 300.000,00 mais R\$ 50.000,00 para os procedimentos ambulatoriais, além de R\$ 90.000,00 dos 27 municípios do Alto Vale. O Hospital Regional, ainda, recebe, para fins judiciais, o valor de R\$ 103.000,00 mensais. O Hospital Regional recebe mensalmente R\$ 543.000,00 para uma média de 1.860 atendimentos atualmente, perfazendo um valor de R\$ 291.93 por atendimento (DATASUS, 2016).

Segundo a Prefeitura de Rio do Sul (2016), após a conclusão da obra, buscaram-se alternativas para que acontecesse uma redução do custo por atendimento, ocasião em que a empresa GAMP foi a vencedora da licitação municipal.

A empresa GAMP, recebe R\$ 444.000,00 mensais para fazer uma média de atendimento de 3.386 atendimentos por mês. Esse total representa uma economia de R\$ 99.000,00 para os cofres municipais (PREFEITURA DE RIO DO SUL, 2016).

O quadro abaixo mostra o número de atendimentos desde a implementação da UPA:

**Quadro 1:** Número de atendimentos UPA

Mês	Atendimento
Set./2016	967
Out./2016	4106
Nov./2016	4017
Dez./2016	3895
Jan./2017	3945

Fonte: Datasus (2017)

O Quadro 1 mostra o número de atendimentos de setembro de 2016 até janeiro de 2017. Percebe-se um salto de atendimentos, de 967 para uma média mensal, a partir de outubro, de 4000 atendimentos.

## 4.2 Análise dos resultados

Diante das características de parceria das OSS junto ao poder público municipal, surge a oportunidade da gestão de uma UPA na cidade de Rio do Sul – SC, a qual veio a se concretizar em 16 de setembro de 2016. A partir dessa data, por decisão do município, a OSS iniciou o projeto de gestão de toda a unidade, contemplando os funcionários, médicos, estrutura física e suprimentos.

“A terceirização é uma tendência em algumas áreas públicas. Na saúde, a terceirização faz com que possamos gerenciar o serviço prestado pela organização social por um recurso menor que fazemos nós mesmos a gestão.” (Gestor Municipal).

O empreendedor tem como objetivo transformar a organização, desenvolvendo e acompanhando as mudanças que acontecem no

ambiente. O empreendedor sempre está buscando a mudança, reage a ela e a explora como sendo uma oportunidade (DRUCKER, 2008).

“Tenho como conceito de empreendedorismo que [este] pode ser aplicado tanto na área comercial como na área social. O empreendedorismo social pode até ser considerado novo, mas o fenômeno não.” (Gestor da OSS).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (1997), as instituições de saúde devem compor o quadro com dois tipos de administradores: o Diretor Técnico, com formação médica; e o Diretor Administrativo, responsável pelo plano de metas e fluxos administrativos da unidade. Nesse sentido, na gestão de unidades de saúde, a questão empreendedora é bastante complexa, pois a relação de identificação entre colaboradores, gestores e organização deve acontecer de forma organizada para que possa haver uma sincronia e um fluxo correto a fim de garantir a segurança do usuário.

“As equipes médicas que na essência se titulam como empreendedores pelos conhecimentos que a pessoa possui podendo gerar alguns conflitos nas decisões das melhores estratégias para a empresa” (Gestor da UPA).

Segundo Dornelas (2008), o empreendedorismo pode ser visto como uma forma de administração, respondendo à competição, forçando as pessoas a adotar novos paradigmas, eliminando barreiras comerciais e culturais, encurtando distâncias, globalizando e renovando os conceitos econômicos, criando novas relações de trabalho e gerando riqueza para a sociedade.

“Administrar um município exige conhecimento e uma equipe preparada e comprometida. Trabalhamos e vou continuar trabalhando com uma equipe afinada, que conhece a máquina pública, as carências de cada bairro e os caminhos para viabilizar

os melhores projetos para a cidade.” (Gestor Municipal).  
“Administração outorga a uma entidade privada, sem fins lucrativos, para que ela possa receber determinados benefícios do poder público. Muitas organizações sociais estão focas na gestão de serviços de saúde, proporcionando aos municípios algumas vantagens na gestão de suas unidades.” (Gestor da UPA).

Machado e Fonseca (2010) enfatizam que a mudança organizacional pode ser alcançada, ou mesmo induzida, pelas novas combinações, enquanto a mudança social decorre, em grande parte, das mudanças do sistema produtivo, envolvendo, dessa maneira, diversos setores interessados.

“Posso salientar que qualquer novo empreendimento na área da saúde só tende a agregar qualidade para os moradores da cidade. Saúde e educação são necessidades básicas dos moradores e sempre que se tem recursos empregados para mudanças nessa área, surgem muito mais pontos positivos do que negativos.” (Gestor Municipal).

Os mesmos autores afirmam que o tema mais recentemente se demonstrou fértil para

pesquisas e consultorias, tendo como objetos de estudo o ambiente interno e a infraestrutura social, bem como os impactos dessas mudanças na sociedade (MACHADO; FONSECA, 2010).

“Quando a gestão da casa de saúde é feita por uma OS, a mesma possui uma série de protocolos que podem ser implantados, proporcionando uma padronização e melhoria do serviço prestado. As organizações sociais possuem autonomia para a implementação de novas formas de atendimento e qualidade na prestação de serviços, trazendo inovações na área de tecnologia e, ainda, melhora no bem-estar do paciente que está em atendimento.” (Gestor da UPA).

Schumpeter (1997) escreve que, no empreendedor, deve existir a habilidade gerencial para driblar as restrições do mercado de ofertas de matérias-primas, ou mesmo a limitação de recursos, fazendo com que o mesmo busque alternativas na solução rápida e eficaz dos problemas logo que identificados.

“A grande dificuldade está na questão dos recursos públicos para gerarmos as mudanças, pois, na maioria das vezes, são muito escassos e acabam deixando o município em uma situação complicada.” (Gestor Municipal).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação para o desenvolvimento deste estudo se deu pelo interesse de se verificar como o perfil empreendedor é entendido pela gestão pública e pelas organizações sociais de saúde – tarefa que foi empreendida sob o ponto de vista de um gestor municipal e de um gestor de uma UPA. Para tanto, este trabalho buscou responder a seguinte questão-problema: Como o perfil empreendedor é visto na gestão pública

e nas organizações sociais segundo o olhar de seus gestores? Ao se analisar a história de terceirização na saúde pública, verifica-se um crescente aumento no número de unidades geridas por organizações sociais.

Como resultado deste estudo de caso, foi possível identificar que existe uma visão empreendedora por parte dos gestores das organizações sociais em assumir novas casas de saúde.

Na visão do gestor público, gerir uma cidade é como gerir uma empresa—buscam-se as mesmas coisas; com a diferença de que o poder público possui seus processos burocráticos, como a contratação de pessoas por meio de concursos públicos, o que, muitas vezes, acaba deixando a desejar em algumas áreas e, infelizmente, diferentemente de uma empresa, a substituição desse profissional acaba sendo mais complicada. Ainda sobre a questão dos gastos dos recursos públicos, os atos administrativos para que o poder público possa usar esses recursos em alguma atividade o diferenciam de uma empresa, onde esse processo ocorre com maior agilidade.

Verificou-se, também, que, segundo visão do gestor de uma organização social de saúde, mesmo que com uma estrutura estatal ainda bastante burocrática, ainda focada em processos (e não em resultados) e engessada por normas e procedimentos, os servidores públicos envolvidos agem para que as coisas saiam do papel e efetivamente aconteçam.

Constatou-se, ainda, que a administração pública demanda, muitas vezes, o perfil empreendedor, pois este, em vez de se contentar com as fórmulas prontas encontradas no setor público e constantemente limitar a própria capacidade de inovação, dá vazão a ideias possivelmente transformadoras. Fazer as mesmas coisas trará sempre os mesmos resultados. É preciso entender que as pessoas já nascem criativas e, infelizmente, ao longo da vida, essa criatividade vai sendo “podada”.

A integração entre gestores municipais e de organizações sociais permite a estruturação dos processos de trabalho informados por uma direção focada na busca da eficiência. O papel desempenhado pelos contratos de gestão, para além de estabelecer controle sobre o desempenho das unidades contratadas, serve como parâmetro para a definição da alocação interna de recursos e dos custos envolvidos nos procedimentos e serviços produzidos.

No caso de organizações sociais, mais especificamente, como no estudo deste caso, de uma unidade de pronto atendimento, o perfil empreendedor torna-se necessário por parte dos gestores municipais para que possam delegar a alguma instituição, especializada em gestão de casas de saúde, a missão de conduzir a saúde do município e fazer com que a população sinta o reflexo de uma saúde de qualidade prestada por uma organização social de saúde imbuída em cumprir o seu papel de atender a sociedade. Porém, esta pesquisa é limitada por sua abrangência. Pesquisas futuras podem mudar ou abranger uma maior área de atuação.

A principal contribuição deste artigo, a nosso ver, é a identificação de que, tratando-se de implantação de um novo projeto nesse segmento, é necessário que haja um perfil empreendedor e capacidade de inovação por parte dos gestores públicos e de organizações sociais.



# ENTREPRENEURIAL VIEW AND INNOVATIVE ATTITUDE IN PUBLIC MANAGEMENT AND COMMUNITY HEALTH ORGANIZATIONS:

A CASE OF IMPLEMENTATION AND  
MANAGEMENT OF AN URGENT CARE  
CENTER IN SANTA CATARINA, BRAZIL

## ABSTRACT

*This paper aims to examine how an entrepreneur profile and innovative attitudes are viewed by public managers and community health organizations. Descriptive research with a qualitative approach was carried out using the case study method. Data collection drew on secondary data and semi-structured interviews with a public manager and a community health organization manager. The interviews encompassed concepts found in the literature on entrepreneurship, public management and community health organizations. The study found that the interviewed managers view an entrepreneur profile as key both for public management, in dealing with public resources scarcity and bureaucratization, and for community health organizations, in dealing with compliance rules in contracts signed with the government to manage municipal healthcare centers. To a greater or lesser extent, community health organizations have entrepreneurial and innovative attributes, and depending on the purpose of their constitution and configuration some elements stand out from others in terms of importance.*

\*\*\*

**KEYWORDS:** *Entrepreneurship.  
Public management. Community  
health organizations. Urgent care  
centers.*

\*\*\*

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, N. B.; LIMA, H.; TRINDADE, A. M. V.; DIAS, N. V.; CASTRO, M. V.; SANTOS, C. K. As Organizações Sociais de Saúde como forma de gestão público-privada em Goiás – o caso HUANA. *Revista do Serviço Público*, v. 66, n. 1, p. 121-144, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.020 de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 15 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 8 jul. 2011.

CATELLI, A., PARISI, C., SANTOS, E. S., ALMEIDA, L. B. Um sistema para a gestão econômica de organizações governamentais empreendedoras. *Revista do Serviço Público*, v. 52, n. 3, p. 82-99, 2014.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os prontos-socorros. Resolução n. 1.451, de 10 de março de 1995. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 17 de março de 1995. Seção 1, p. 53, 1995.

DATASUS. *Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília (DF), 2017. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 28 fev. 2017.

- QUEIROZ, A. C., LIRA, D. P., DIAS, T. D. L. M. F., de Souza, É. T., da Matta, C. B. B., de Aquino, A. B., ... & Barbosa Filho, J. M. The antinociceptive and anti-inflammatory activities of *Piptadenia stipulacea* Benth. (Fabaceae). *Journal of ethnopharmacology*, 128(2), 377-383. 2010.
- DI PIETRO, M. S. Z. *Direito Administrativo*. 14. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.
- DORNELAS, J. C. A. *Empreendedorismo*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- DOURADO, E. M. R. *Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências: uma proposta*. 2013. 154 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2013.
- DRUCKER, P. F. *O essencial de Drucker: Uma seleção das melhores teorias do pai da Gestão*. Lisboa: Actual Editora, 2008.
- EISENHARDT, K. M. Teorias de construção de estudo de Caso, *Academy of Management Review*, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.
- FLEURY, S. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010.
- FNS - FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. *Portal FNS (Online)*. Brasil, 2016. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- GOMES, A. F., LIMA, J. B., CAPPELLE, M. C. A. Do empreendedorismo à noção de ações empreendedoras: reflexões teóricas. *Revista Alcance*, v. 20, n. 2, p. 203-220, 2013.
- IBAÑEZ, N. Os hospitais e a rede de atenção às urgências e emergências: desafios. *Consensus Rev. Cons. Nac. Secret. Saúde*, v. 3, n. 7, p. 36-43, 2013.
- IVO, G. S.; MONTAGNER, M. I.; MONTAGNER, M. A. Análise Qualitativa da implantação das Unidades de Pronto Atendimento no Distrito Federal: um Estudo de Caso. *Participação (UnB)*, v. 23, n. 24, p. 57-68, 2013.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.
- LENZI, F. C., KEIESEL, M. D., ZUCCO, F. D. Ação empreendedora: como desenvolver e administrar o seu negócio com excelência. *São Paulo: Gente*. 2010.
- LIMA, M. B. D.; SILVA, L. M. S. D.; ALMEIDA, F. C. M.; TORRES, R. A. M.; DOURADO, H. H. M. Agentes estressores em trabalhadores de enfermagem com dupla ou mais jornada de trabalho. *Rev. de Pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3259-3266, jan.-mar. 2013.
- LIMA, M., TAVARES, N., BRITO, M., & CAPELLE, M. O sentido do trabalho para pessoas com deficiência. *Revista de Administração Mackenzie*, 14(2). 2013
- MACHADO, C. L., FONSECA, V. S. Competitividade Organizacional: uma Tentativa de Reconstrução Analítica. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 14, n. 33, 2010.
- MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, p. 519-28, 2011.
- MALTA, D. C. *et al.* Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 1, p. 128-137, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DO SUL. *Portal da Transparência*. Rio do Sul (SC), 2016. Disponível em: <https://riodosul.atende.net/?pg=transparencia#!/>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- QUEIROZ, A. C. *et al.* The antinociceptive and anti-inflammatory activities of *Piptadenia stipulacea* Benth. (Fabaceae). *Journal of Ethnopharmacology*, v. 128, n. 2, p. 377-383, 2010.

ROCHA, S. L. *Terceiro Setor*. São Paulo: Editora Malheiros, 2003.

RYCHETNIK, L., HAWES, P., WATERS, E., BARRATT, A., FROMMER, M. A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 58, n. 7, p. 538-545, 2004.

SCARPELINI, S. A Organização do atendimento às emergências e traumas. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 315-320, jul./set., 2007.

SCHUMPETER, A. *Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e ciclo econômico*. São Paulo: Nova Cultural, 1997.

SILVA, G. S., SAMICO, I., DUBEUX, L. S., FELISBERTO, E. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 12, n. 4, 2012.

SILVEIRA, A. C. BONELLI, J. J., CASTRO, N. E., & BARBOSA, P. A. Empreendedorismo: *A necessidade de se aprender a empreender*. Foco, Capa, v. 2, n. 1, 2007.

SOLE, D.; WILSON, D. G. *Storytelling in organizations: the power and traps of using stories to share knowledge in organizations*. Cambridge, MA, USA: LILA, Harvard, Graduate School of Education, p. 1-12, 2002.

SOUSA, J.; PAIVA Jr., F.; LIRA, Z. A abordagem multidimensional do empreendedorismo no setor público: o caso da ação empreendedora da Fundação Joaquim Nabuco. *Revista Gestão & Planejamento*, v. 11, n. 2, art. 11, p. 337-354, 2010.

UCHIMURA, L. Y. T.; VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P.; IBÁÑEZ, N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, out.-dez. 2015.

VALADARES, J., E EMMENDOERFER, M. A Incorporação do Empreendedorismo no Setor Público: reflexões baseadas no contexto brasileiro. *Revista de Ciências da Administração*, v. 1, n. 1, p. 82-98, 2015.

WELCH, C. Teorizar a partir de estudos de caso: Rumo a um futuro pluralista para a pesquisa internacional de negócios. *Jornal de Estudos de Negócios Internacionais*, v. 42, n. 5, p. 740-762, 2011.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## SOBRE OS AUTORES



### **Pericles Ewaldo Jader Pereira**

Doutorando em Ciências Contábeis e Administração na Universidade Regional de Blumenau (FURB). Mestre em Administração – Gestão,

Internacionalização e Logística pela Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI (2017). Especialista em Gestão de Polos pela Uniasselvi (2019), Gestão de Negócios e Vendas pela Uniasselvi (2015), em Marketing Empresarial pela Uniasselvi (2015) e MBA em Liderança e Coaching pela Uniasselvi (2016). Possui graduação em Administração – Tecnologia em Processos Gerenciais pela Sociedade Educacional de Santa Catarina (2014). Tem experiência na área de Administração, com ênfase em Gestão Empresarial e Marketing. Atua como Supervisor de Disciplinas no Centro Universitário Leonardo da Vinci (Uniasselvi/NEAD) e Professor do ensino presencial e de pós-graduação presencial no Centro Universitário Leonardo da Vinci (Uniasselvi).



### **Jéferson Deleon Fávero**

Doutorando em Administração e Ciências Contábeis – PPGCCA-FURB. Mestre em Administração pela FURB, Blumenau/SC. Possui especialização *Lato Sensu* em Gestão

Financeira e de Custos, em Gestão Empresarial e em Gestão e Tutoria pelo Instituto Catarinense de Pós-graduação – ICPG. Graduação em Administração, com ênfase em Finanças pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci – Uniasselvi. Atualmente, é Coordenador de Operações FIESC, Vale do Itajaí/SC e Professor de Gestão Financeira e Logística – Uniasselvi, Indaial/SC. Tem experiência na área de Administração, com ênfase em Finanças e Logística. Linhas de pesquisa: Gestão Organizacional e Logística.



### **Lucas Schneider**

Possui graduação em Administração pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (2008), Pós-Graduação em Gestão

Empresarial pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2012) e Pós-Graduação em Gestão Estratégica de Recursos Humanos pela Universidade Castelo Branco (2011). Mestre em Gestão, Internacionalização e Logística pela Universidade do Vale do Itajaí (2018). Experiência na área de administração hospitalar, conhecimento na área financeira, fiscalização administrativa, gestão de custos, logística empresarial, licitações e contratos. Docente em disciplinas de cursos de Graduação e Pós-Graduação.



### **Estelamaris Reif**

Mestre em Ciências Contábeis pela Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB (2015), Pós-graduada em Auditoria e Controladoria pelo Centro Universitário Leonardo

da Vinci – ICPG (2012) e Graduada em Ciências Contábeis pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI (2008). Perita Contábil. Atualmente é professora titular do Centro Universitário Leonardo da Vinci nos polos de Blumenau e Indaial e Supervisora de Disciplina no Núcleo de Educação a Distância da Sociedade Educacional Leonardo da Vinci (NEAD – UNIASSELVI).

