

MODELOS DE GESTÃO E CONTRATUALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REPERCUSSÕES DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO, O ABSENTEÍSMO E A QUALIDADE DO CUIDADO HOSPITALAR

MANAGEMENT AND CONTRACTING MODELS IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: REPERCUSSIONS OF DIRECT ADMINISTRATION AND SOCIAL ORGANIZATIONS ON LABOR PRECARIZATION, ABSENTEEISM, AND THE QUALITY OF HOSPITAL CARE

MODELOS DE GESTIÓN Y CONTRATACIÓN EN EL SISTEMA UNIFICADO DE SALUD: REPERCUSIONES DE LA ADMINISTRACIÓN DIRECTA Y LAS ORGANIZACIONES SOCIALES EN LA PRECARIZACIÓN LABORAL, EL AUSENTISMO Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Maria Tarcila Rabelo Pinheiro¹, Thiago Coelho Ribeiro², Cristiane Mônica Fernandes de Moura³, Mariana Bispo Deró⁴, Érika Rejane Juvenal Delfino de Aguiar⁵, Adeniza Ribeiro da Silva⁶, Fátima Eliane Leite Ramos⁷, Rayane Adle da Silva Nascimento⁸, Emanuele Nascimento Silva⁹, Francimar Sousa Marques¹⁰, Adriano José Almeida Maia¹¹, Laiane da Silva Abreu¹²

DOI: 10.54899/dcs.v23i96.7012

Recibido: 11/08/2026 | **Aceptado:** 04/09/2026 | **Publicación en línea:** 11/09/2026.

¹ Mestranda em Gestão da Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará, Brasil.

E-mail: tarcilaenf@yahoo.com.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-8309-9615>

² Especialista em UTI Adulto pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: thiago.cribeiro1911@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-5580-6503>

³ Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: mfm.cris@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-4177-2551>

⁴ Especialista em Fisioterapia Hospitalar pelo Centro Universitário Estácio da Bahia – Estácio de Sá, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: mbispodero@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-8114-991X>

⁵ Especialista em Linhas de Cuidados em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: erikadejane@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-2620-9418>

⁶ Especialista em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO), Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: adenizaribeiro22@yahoo.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-5998-1198>

⁷ Especialista em Gestão Hospitalar pela Faculdade FAMART, Itaúna, Minas Gerais, Brasil. E-mail: elianeleite@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-8053-1083>

⁸ Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: enfaradle@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-7026-9096>

⁹ Especialista em Especialista em UTI Pediátrica e Neonatal pela Centro Universitário Cidade Verde (UNICIVE), Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: manuewal@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0054-7063>

¹⁰ Especialista em Urgência e Trauma pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: francimarmarques78@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6267-4559>

¹¹ Especialista em Saúde Pública e Vigilância Sanitária, Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI), Venda Nova do Imigrante, Espírito Santo, Brasil. E-mail: adrianojalmeida2026@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-3260-3238>

¹² Especialista em Enfermagem em UTI pelo Centro Universitário Redentor, Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: lakace29@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9008-1777>

RESUMO

Este estudo analisou comparativamente as relações entre a administração direta e a gestão por Organizações Sociais de Saúde, considerando os mecanismos de contratualização e suas repercussões sobre a precarização do trabalho, o absenteísmo e a qualidade do cuidado hospitalar no Sistema Único de Saúde. Desenvolveu-se uma pesquisa descritiva e analítica, de abordagem quali-quantitativa, por meio de revisão integrativa da literatura associada à análise documental. As buscas foram realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Scientific Electronic Library Online e PubMed. Foram incluídas publicações relacionadas aos hospitais brasileiros integrantes do Sistema Único de Saúde, divulgadas entre janeiro de 1998 e agosto de 2026. A seleção final reuniu 12 publicações, submetidas à síntese descritiva e comparativa. A gestão por Organizações Sociais apresentou maior autonomia administrativa, agilidade nas contratações e orientação por metas, mas também maior terceirização e fragilidades na estabilidade dos vínculos profissionais. O absenteísmo esteve relacionado às condições de trabalho, à insuficiência de pessoal, aos baixos salários, aos transtornos mentais e à organização das escalas. A sobrecarga da enfermagem foi associada ao prolongamento das internações, à ocorrência de infecção urinária e à menor satisfação dos pacientes. Concluiu-se que nenhum modelo demonstrou superioridade geral, pois os resultados dependem da qualidade da contratualização, da fiscalização, do financiamento, das condições laborais e dos indicadores adotados. A avaliação hospitalar deve integrar eficiência administrativa, proteção dos trabalhadores e segurança assistencial.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Administração Hospitalar. Absenteísmo. Condições de Trabalho. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

This study comparatively analyzed the relationships between direct administration and management by Social Health Organizations, considering contracting mechanisms and their repercussions on precarious employment, absenteeism, and the quality of hospital care within the Unified Health System (SUS). A descriptive and analytical study with a mixed-methods approach (qualitative and quantitative) was conducted using an integrative literature review combined with document analysis. Searches were performed in the Virtual Health Library (BVS), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), MEDLINE (via PubMed), and SciELO. Publications concerning Brazilian hospitals within the Unified Health System, released between January 1998 and August 2026, were included. The final selection comprised 12 publications, which underwent descriptive and comparative synthesis. Management by Social Organizations demonstrated greater administrative autonomy, agility in hiring, and a goal-oriented approach, but also higher levels of outsourcing and instability in professional employment ties. Absenteeism was linked to working conditions, staffing shortages, low wages, mental health disorders, and shift scheduling. Nursing workload was associated with prolonged hospital stays, the occurrence of urinary tract infections, and lower patient satisfaction. It was concluded that neither model demonstrated overall superiority, as outcomes depend on the quality of contracting, oversight, funding, working conditions, and the indicators adopted. Hospital evaluation must integrate administrative efficiency, worker protection, and patient care safety.

Keywords: Unified Health System. Hospital Administration. Absenteeism. Working Conditions. Quality of Health Care.

RESUMEN

Este estudio analizó comparativamente las relaciones entre la administración directa y la gestión por Organizaciones Sociales de Salud, considerando los mecanismos de contratación y sus repercusiones en la inseguridad laboral, el ausentismo y la calidad de la atención hospitalaria en el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. Se desarrolló una investigación descriptiva y analítica, con un enfoque cualitativo-cuantitativo, a través de una revisión integradora de la literatura asociada con el análisis documental. Las búsquedas se realizaron en la Biblioteca Virtual en Salud, Literatura Latinoamericana y Caribeña en Ciencias de la Salud, Sistema de Recuperación y Análisis de Literatura Médica en Línea, Biblioteca Científica Electrónica en Línea y PubMed. Se incluyeron publicaciones relacionadas con hospitales brasileños integrados al Sistema Único de Salud, publicadas entre enero de 1998 y agosto de 2026. La selección final incluyó 12 publicaciones, sometidas a síntesis descriptiva y comparativa. La gestión por Organizaciones Sociales presentó mayor autonomía administrativa, agilidad en la contratación y orientación a objetivos, pero también mayor subcontratación y debilidades en la estabilidad de las relaciones profesionales. El absentismo se relacionó con las condiciones laborales, la escasez de personal, los bajos salarios, los trastornos de salud mental y la organización de los horarios de trabajo. La sobrecarga de enfermería se asoció con estancias hospitalarias prolongadas, infecciones del tracto urinario y menor satisfacción del paciente. Se concluyó que ningún modelo demostró superioridad general, ya que los resultados dependen de la calidad de la contratación, la supervisión, la financiación, las condiciones laborales y los indicadores adoptados. La evaluación hospitalaria debe integrar la eficiencia administrativa, la protección del personal y la seguridad del paciente.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Administración Hospitalaria. Absentismo. Condiciones Laborales. Calidad de la Atención Sanitaria.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) articula serviços públicos próprios e prestadores contratualizados para assegurar atenção universal, integral e regionalizada em um território marcado por expressivas desigualdades sociais e assistenciais. Nesse arranjo, os hospitais concentram procedimentos de maior densidade tecnológica, atendimentos de urgência e internações clínicas e cirúrgicas. O Plano Nacional de Saúde 2024–2027 informa que o SUS realiza, historicamente, entre 11 e 12 milhões de internações anuais registradas por Autorizações

de Internação Hospitalar (AIH), dimensão que torna a gestão hospitalar estratégica para a sustentabilidade do sistema (Brasil, 2024).

A rede hospitalar integra a atenção especializada e deve funcionar de maneira articulada aos demais componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) estabelece que esses serviços devem garantir acesso oportuno, equidade, qualidade assistencial, integralidade, continuidade do cuidado e eficiência na aplicação dos recursos. A Portaria nº 1.604/2023 do Ministério da Saúde também inclui entre seus eixos estruturantes a gestão dos serviços, o financiamento, a valorização profissional, a educação permanente e o provimento adequado da força de trabalho (Brasil, 2023).

A operacionalização dos hospitais públicos ocorre por diferentes configurações institucionais. Na administração direta, o ente governamental mantém a responsabilidade imediata pelo planejamento, orçamento, aquisição de insumos, contratação de pessoal e execução dos serviços, submetendo-se às normas do direito público. Na gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS), entidades privadas sem finalidade lucrativa recebem recursos e bens públicos para executar atividades pactuadas em contrato de gestão, no qual devem constar responsabilidades, metas, prazos e indicadores objetivos de qualidade e produtividade (Brasil, 1998).

A contratualização constitui o instrumento destinado a formalizar compromissos assistenciais, financeiros e gerenciais entre o gestor público e a instituição executora. As diretrizes originalmente estabelecidas pela Portaria nº 3.410/2013 do Ministério da Saúde foram incorporadas ao Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/2017, que prevê a definição de metas quantitativas e qualitativas, indicadores, responsabilidades e mecanismos de monitoramento. A regulamentação alcança hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, independentemente da natureza jurídica do prestador (Brasil, 2017).

A comparação realizada entre um hospital administrado diretamente pelo Estado e outro gerenciado por OSS relacionou a autonomia administrativa e financeira, a agilidade na aquisição de bens e a orientação por metas ao melhor aproveitamento da capacidade instalada da unidade contratualizada. Entretanto, as taxas médias de permanência foram próximas, enquanto a OSS apresentou maior instabilidade em determinadas categorias profissionais. Eficiência operacional, estabilidade da força de trabalho e qualidade assistencial representam dimensões distintas, que não podem ser avaliadas por um único indicador (Barbosa; Elias, 2010).

A produção científica disponível não autoriza afirmar a superioridade geral de um dos modelos. Uma revisão identificou 33 publicações sobre modalidades de gestão no SUS, das quais 20 abordaram OSS, dez trataram da administração direta e apenas cinco realizaram comparações diretas entre essas modalidades. A concentração das pesquisas no estado de São Paulo, o predomínio de delineamentos descritivos, qualitativos e de estudos de caso e a heterogeneidade dos indicadores limitaram conclusões abrangentes sobre desempenho, qualidade assistencial e resultados populacionais (Ravioli; Soárez; Scheffer, 2018).

A existência de metas contratuais também não assegura, isoladamente, regulação efetiva. A avaliação da remuneração dos hospitais paulistas gerenciados por OSS identificou fragilidades relacionadas à ausência de referências consistentes sobre custos e complexidade do cuidado na definição dos repasses financeiros. Essa insuficiência reduz a capacidade de relacionar financiamento, produção e qualidade, além de dificultar a comparação entre unidades. A avaliação requer indicadores ajustados ao perfil assistencial, à gravidade dos pacientes e às necessidades regionais (Levi; Ferreira; Duarte, 2025).

As relações de trabalho constituem uma das principais diferenças entre os modelos. A administração direta tende a preservar vínculos estatutários e maior estabilidade, mas pode enfrentar demora na reposição de pessoal, defasagem salarial e contratação temporária quando os concursos não acompanham a expansão dos serviços. As OSS apresentam maior autonomia para admitir, remunerar e desligar trabalhadores, predominantemente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), porém essa flexibilidade pode favorecer rotatividade, fragmentação dos vínculos e descontinuidade das equipes quando não acompanhada por carreiras, proteção social e políticas de valorização (Barbosa; Elias, 2010; Alves *et al.*, 2015).

Em hospitais estaduais do Espírito Santo gerenciados por OSS, foram encontrados contratos com omissões relacionadas à gestão de pessoas, ausência de metas específicas para os recursos humanos e limitada adoção de planos de carreira e avaliação de desempenho. A rotatividade, principalmente entre trabalhadores de enfermagem, foi relacionada à instabilidade, aos baixos salários, à exaustão e à manutenção de múltiplos vínculos. A precarização deve, portanto, ser examinada mediante critérios objetivos, como estabilidade contratual, remuneração, jornada, direitos, progressão profissional e continuidade das equipes (Fernandes *et al.*, 2018).

O absenteísmo acrescenta complexidade à gestão da força de trabalho hospitalar. Em um hospital universitário de Goiânia, 435 dos 602 trabalhadores de enfermagem, correspondentes a 73,6% do quadro analisado, apresentaram 1.574 atestados médicos entre 2008 e 2012, com

predominância de doenças osteomusculares e transtornos mentais e comportamentais. Esse resultado não estabelece associação com determinado modelo de gestão, mas confirma a relevância das condições de trabalho, do perfil ocupacional e das políticas de saúde do trabalhador para a disponibilidade efetiva de pessoal (Marques *et al.*, 2015).

As ausências não previstas, a rotatividade e o subdimensionamento podem repercutir na continuidade e na segurança do cuidado por ampliarem a carga de trabalho dos profissionais presentes. Em uma pesquisa com 157.481 pacientes e 502 trabalhadores de enfermagem, a maior carga de trabalho esteve associada ao aumento da permanência hospitalar, à ocorrência de infecção urinária relacionada a procedimento invasivo e à menor satisfação dos pacientes. Nos serviços de urgência e emergência, déficit de pessoal, problemas salariais, infraestrutura inadequada e comunicação insuficiente também foram relacionados ao absenteísmo e à qualidade percebida da assistência (Magalhães *et al.*, 2017; Ferro *et al.*, 2018).

Diante da expansão da gestão contratualizada e da ausência de consenso sobre a superioridade de um modelo, justifica-se uma análise que integre desempenho institucional, condições de trabalho e resultados assistenciais, sem reduzir a avaliação à produtividade ou ao custo. O problema de pesquisa concentra-se na compreensão de como a administração direta e a gestão por OSS, mediadas por diferentes mecanismos de contratualização e regulação, relacionam-se com a precarização do trabalho, o absenteísmo e a qualidade do cuidado hospitalar no SUS. O objetivo deste artigo é analisar comparativamente essas relações, caracterizando os modelos de gestão, examinando os mecanismos de contratação e monitoramento e discutindo suas repercussões sobre os vínculos profissionais, a disponibilidade da força de trabalho e os indicadores de qualidade assistencial.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica, com abordagem quali-quantitativa, desenvolvida por meio de revisão integrativa da literatura associada à análise documental. A revisão integrativa foi escolhida por permitir a reunião de pesquisas quantitativas, qualitativas e de métodos mistos sobre os diferentes modelos de gestão hospitalar, enquanto a análise documental possibilitará examinar as normas que orientam a administração e a contratualização dos serviços. A combinação desses procedimentos permitirá relacionar a organização do trabalho,

o absenteísmo e a qualidade do cuidado nos hospitais vinculados ao SUS (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Whittemore; Knafl, 2005).

A questão norteadora será elaborada com base na estratégia População, Interesse e Contexto (PICO). A população será composta por trabalhadores e hospitais vinculados ao SUS; o interesse compreenderá os modelos de administração direta e de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS), com atenção às suas repercussões sobre os vínculos trabalhistas, os afastamentos profissionais e os indicadores assistenciais; e o contexto corresponderá à atenção hospitalar brasileira. Com essa delimitação, pretende-se responder quais repercussões desses modelos de gestão são descritas em relação à precarização do trabalho, ao absenteísmo e à qualidade do cuidado hospitalar.

A busca bibliográfica será realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), além das bases *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e PubMed. Serão utilizados cinco descritores dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus correspondentes no *Medical Subject Headings* (MeSH): Sistema Único de Saúde”, “Administração Hospitalar”, “Absenteísmo”, “Condições de Trabalho” e “Qualidade da Assistência à Saúde”. Os termos “administração direta”, “organizações sociais de saúde”, “modelos de gestão”, “contratualização” e “precarização do trabalho” serão acrescentados como palavras livres, combinadas pelos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos científicos publicados entre janeiro de 1998 e agosto de 2026, nos idiomas português, inglês ou espanhol, disponíveis integralmente e relacionados a hospitais brasileiros integrantes do SUS. O recorte inicial corresponde ao ano de publicação da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que regulamentou a qualificação das organizações sociais no âmbito federal. Serão aceitas pesquisas quantitativas, qualitativas ou de métodos mistos que apresentem informações sobre vínculos empregatícios, condições laborais, rotatividade, absenteísmo ou qualidade assistencial. Serão excluídas duplicidades, publicações opinativas, editoriais, resumos, estudos exclusivamente teóricos e pesquisas realizadas apenas na atenção primária ou em instituições privadas sem vínculo com o SUS.

A seleção foi realizada mediante leitura dos títulos e resumos, seguida da avaliação integral das publicações potencialmente elegíveis. Em cada etapa, verificou-se a correspondência entre o conteúdo dos artigos, a questão norteadora e os critérios de elegibilidade estabelecidos. Posteriormente, foi elaborada uma síntese descritiva e comparativa dos resultados, considerando

as diferenças de porte, complexidade, financiamento e perfil assistencial dos hospitais. A comparação entre os modelos de gestão foi realizada somente quando os artigos forneceram informações suficientes para essa finalidade.

O termo “impacto” foi utilizado apenas quando o delineamento original permitiu sustentar uma relação causal; nas demais situações, foram empregadas as expressões “associação” ou “repercussão”. Como a pesquisa utilizou exclusivamente publicações científicas e documentos de acesso público, sem abordagem ou identificação de participantes, não houve necessidade de submissão ao sistema de Comitês de Ética em Pesquisa e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/Conep), conforme as disposições da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção final reuniu 12 publicações divulgadas entre 2010 e 2025, das quais dez correspondem a investigações empíricas e duas a revisões utilizadas para ampliar a interpretação dos resultados. Sete trabalhos abordaram modelos de gestão, contratualização e relações laborais, enquanto cinco examinaram absenteísmo, carga de trabalho e qualidade hospitalar. Houve predominância de pesquisas realizadas em São Paulo, seguida por experiências no Espírito Santo, Pernambuco, Paraná e Rio Grande do Sul. A diversidade dos delineamentos e dos indicadores inviabilizou a combinação estatística dos resultados, conduzindo a uma comparação descritiva e temática (Ravioli; Soárez; Scheffer, 2018; Guardalupe *et al.*, 2025).

Quadro 1 – Caracterização das publicações incluídas na revisão

AUTOR E ANO	DELINEAMENTO E CENÁRIO	ASPECTO INVESTIGADO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Barbosa e Elias (2010)	Estudo comparativo entre dois hospitais estaduais de São Paulo, sendo um de Administração Direta e outro gerido por Organização Social de Saúde (OSS)	Autonomia, desempenho e práticas gerenciais	A autonomia administrativa e financeira e a contratualização por metas favoreceram maior agilidade no hospital gerido por OSS; contudo, parte dos sistemas gerenciais era semelhante nas duas instituições.
Bargas e Monteiro (2014)	Pesquisa quantitativa com 994 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário	Absenteísmo por motivo de doença	Entre os participantes, 645 apresentaram pelo menos um dia de afastamento por licença médica. O absenteísmo esteve associado à idade, escolaridade, função, turno, tempo de trabalho e setor de atuação.
Souza e Mendes (2016)	Pesquisa qualitativa realizada em três hospitais da Região Metropolitana de São Paulo	Relações de trabalho e terceirização	Foram identificadas ampliação da terceirização, redução da estabilidade profissional e relações trabalhistas

			assimétricas entre trabalhadores submetidos a diferentes formas de contratação.
Santana <i>et al.</i> (2016)	Estudo documental realizado em um hospital da Região Sul do Brasil	Afastamentos relacionados a transtornos mentais	Foram localizados 55 registros de afastamento, correspondentes a 317 dias de trabalho perdidos. Episódios depressivos, ansiedade e reações ao estresse estiveram entre os diagnósticos mais frequentes.
Santana e Santos Neto (2017)	Estudo de caso envolvendo dois hospitais de alta complexidade de Pernambuco, um de Administração Direta e outro gerido por OSS	Contratação, remuneração e rotatividade	A OSS apresentou maior agilidade para contratar profissionais, mas também maior facilidade para efetuar desligamentos, circunstância relacionada à elevada rotatividade de trabalhadores.
Pilotto e Junqueira (2017)	Pesquisa documental baseada em relatórios de órgãos de controle externo de hospitais paulistas	Composição das equipes, terceirização e controle	O modelo de OSS apresentou maior utilização de serviços terceirizados. Nos dois modelos foram identificadas limitações na auditoria e nos registros das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).
Magalhães <i>et al.</i> (2017)	Estudo transversal com informações de 157.481 pacientes e 502 profissionais de enfermagem	Carga de trabalho e qualidade do cuidado	A maior carga de trabalho da enfermagem esteve associada ao prolongamento da internação, à ocorrência de infecção urinária relacionada a procedimento invasivo e à menor satisfação dos pacientes.
Fernandes <i>et al.</i> (2018)	Pesquisa documental e entrevistas em três hospitais do Espírito Santo administrados por OSS	Gestão da força de trabalho	Os contratos apresentaram fragilidades na definição das políticas de pessoal, terceirização entre 24% e 33% da força de trabalho e ausência de metas específicas para a gestão dos trabalhadores.
Ferro <i>et al.</i> (2018)	Pesquisa qualitativa com 30 profissionais de enfermagem de cinco serviços de urgência e emergência	Condições de trabalho e absenteísmo	Insuficiência de pessoal, inadequações estruturais, baixos salários, falta de materiais e falhas de comunicação foram percebidos como condições potencialmente geradoras de absenteísmo.
Ravioli, Soárez e Scheffer (2018)	Revisão narrativa composta por 33 publicações	Administração hospitalar e OSS	A produção científica estava concentrada no estado de São Paulo e apresentava limitações metodológicas que impediam afirmar a superioridade de um modelo de gestão.
Levi, Ferreira e Duarte (2025)	Pesquisa documental e entrevistas sobre o financiamento de hospital paulista administrado por OSS	Contratualização, custos e financiamento	Foram identificadas fragilidades nos critérios de financiamento devido à insuficiência de parâmetros relacionados aos custos, à complexidade assistencial e ao monitoramento contratual.
Guardalupe <i>et al.</i> (2025)	Revisão de escopo composta por 29 pesquisas hospitalares	Absenteísmo da equipe de enfermagem	Os percentuais de absenteísmo apresentaram ampla variação e, em 86,2% das publicações, indicaram necessidade de cobertura superior ao parâmetro mínimo de 6,7% destinado às ausências não previstas.

Fonte: elaboração própria com base nas publicações incluídas na revisão (2026).

Barbosa e Elias (2010) identificaram que a autonomia administrativa e financeira concedida à OSS reduziu etapas burocráticas relacionadas à aquisição de materiais e à contratação de serviços. Essa flexibilidade, associada ao estabelecimento de metas, ampliou a capacidade de resposta da gestão hospitalar. Entretanto, Ravioli, Soárez e Scheffer (2018) constataram que a produção científica disponível não oferece sustentação suficiente para declarar a superioridade

das OSS, principalmente pela concentração regional das pesquisas e pela diversidade dos critérios empregados na avaliação do desempenho.

A flexibilidade para contratar profissionais constitui uma das diferenças mais visíveis entre os modelos. Santana e Santos Neto (2017) verificaram que o hospital administrado por OSS realizava contratações pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que possibilitava reposição mais rápida das equipes, mas também facilitava desligamentos e aumentava a rotatividade. Fernandes *et al.* (2018) acrescentaram que os contratos examinados não apresentavam metas consistentes para seleção, qualificação, avaliação de desempenho ou desenvolvimento profissional, limitando a continuidade das políticas institucionais de pessoal.

A precarização do trabalho não se restringe à natureza pública ou privada da instituição, pois também depende da forma de contratação adotada em cada serviço. Souza e Mendes (2016) localizaram vínculos distintos dentro de um mesmo ambiente hospitalar, com diferenças de estabilidade, remuneração e proteção trabalhista. Pilotto e Junqueira (2017) encontraram maior terceirização nos hospitais administrados por organizações sociais, mas registraram rotatividade superior na Administração Direta para determinadas categorias, como enfermeiros, cirurgiões gerais e pediatras, demonstrando que a instabilidade profissional pode assumir configurações diferentes nos dois modelos.

A contratualização por metas pode organizar a produção hospitalar e estabelecer responsabilidades entre o poder público e a entidade gestora, mas sua efetividade depende da qualidade dos indicadores pactuados. Levi, Ferreira e Duarte (2025) identificaram insuficiência de parâmetros sobre custos e complexidade assistencial na definição dos repasses financeiros, condição que enfraqueceu o monitoramento contratual. Barbosa e Elias (2010) também mostraram que a autonomia produz melhores respostas quando acompanhada por planejamento, controle e avaliação, não sendo suficiente apenas transferir a execução do serviço para outra entidade.

No campo do absenteísmo, Bargas e Monteiro (2014) registraram que 645 dos 994 trabalhadores de enfermagem apresentaram pelo menos um dia de licença médica. Os afastamentos variaram conforme idade, escolaridade, categoria profissional, turno, tempo de serviço e setor de trabalho. Esses resultados mostram que a ausência laboral não pode ser atribuída exclusivamente ao modelo de gestão, uma vez que características pessoais, organização das escalas e condições específicas de cada unidade também interferem na frequência e na duração das licenças.

Santana *et al.* (2016) encontraram 55 registros de afastamentos por transtornos mentais, que totalizaram 317 dias de trabalho perdidos. Episódios depressivos representaram 52,72% dos registros, enquanto transtornos de ansiedade corresponderam a 18,18% e reações ao estresse a 16,36%. Em aproximação com Bargas e Monteiro (2014), esses dados demonstram que o absenteísmo hospitalar envolve elementos relacionados à saúde do trabalhador e à organização do trabalho, exigindo acompanhamento sistemático dos motivos e da duração dos afastamentos.

Ferro *et al.* (2018) identificaram que os trabalhadores de enfermagem percebiam a insuficiência de pessoal, as limitações da estrutura física, os baixos salários, a falta de materiais e as falhas de comunicação como condições capazes de favorecer ausências. Guardalupe *et al.* (2025) encontraram percentuais de absenteísmo entre 0% e 44,7% para enfermeiros e entre 0,47% e 46% para técnicos e auxiliares. Essa amplitude reforça a influência das particularidades institucionais e das diferentes formas de cálculo empregadas nos hospitais.

A relação entre força de trabalho e qualidade assistencial foi examinada por Magalhães *et al.* (2017) a partir de informações de 157.481 pacientes e 502 profissionais de enfermagem. A carga de trabalho mais elevada esteve associada ao aumento do tempo de internação, à ocorrência de infecção urinária relacionada a procedimentos invasivos e à redução da satisfação dos pacientes. Por se tratar de um delineamento transversal, os resultados sustentam associação entre as variáveis, mas não permitem afirmar que a sobrecarga tenha causado isoladamente os desfechos observados.

A ausência de metas relacionadas aos trabalhadores pode limitar a capacidade dos contratos de proteger a qualidade assistencial. Fernandes *et al.* (2018) identificaram percentuais de terceirização de 24%, 27% e 33% nos hospitais examinados, sem previsão contratual consistente para avaliação de desempenho, carreira ou qualificação profissional. Ferro *et al.* (2018) demonstraram que a insuficiência das equipes interfere na distribuição das atividades e na continuidade do cuidado, tornando necessário incluir indicadores de dimensionamento, rotatividade, afastamentos e capacitação na avaliação dos contratos de gestão.

Os mecanismos de fiscalização também apresentaram limitações. Pilotto e Junqueira (2017) encontraram problemas nos registros das AIH e reduzido número de ações submetidas à auditoria, tanto na Administração Direta quanto nas organizações sociais. Ravioli, Soárez e Scheffer (2018) observaram que a falta de indicadores padronizados dificulta a comparação entre hospitais e favorece conclusões baseadas somente em produtividade ou custos. A avaliação dos

modelos requer indicadores que contemplem acesso, continuidade, segurança, condições de trabalho e resultados assistenciais.

A concentração de pesquisas em determinados estados também limita a generalização para todo o SUS. As diferenças regionais de financiamento, disponibilidade de profissionais, capacidade administrativa e perfil epidemiológico modificam o funcionamento dos hospitais e a execução dos contratos. Guardalupe *et al.* (2025) reconheceram a predominância de pesquisas realizadas em instituições públicas e a heterogeneidade na mensuração do absenteísmo, circunstâncias que impediram uma comparação segura entre hospitais públicos e privados ou entre modelos específicos de administração.

Dessa forma, a distinção entre Administração Direta e OSS não explica isoladamente a precarização do trabalho, o absenteísmo ou a qualidade hospitalar. Levi, Ferreira e Duarte (2025) demonstraram que resultados contratuais dependem de critérios adequados de financiamento, monitoramento e controle, enquanto Magalhães *et al.* (2017) relacionaram a disponibilidade da força de trabalho a desfechos assistenciais concretos. A comparação dos modelos deve considerar simultaneamente estabilidade dos vínculos, dimensionamento das equipes, rotatividade, condições laborais, transparência dos contratos e segurança do cuidado, sem atribuir causalidade quando o delineamento das pesquisas sustenta apenas associações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a natureza jurídica da gestão hospitalar, considerada isoladamente, não constitui parâmetro suficiente para determinar a efetividade de uma instituição vinculada ao Sistema Único de Saúde. A definição do modelo deve estar acompanhada por mecanismos de governança capazes de conciliar responsabilidade pública, proteção social dos trabalhadores e compromisso com as necessidades assistenciais. Nesse sentido, eficiência administrativa e valorização profissional não devem ser tratadas como finalidades concorrentes, mas como dimensões interdependentes do funcionamento hospitalar.

A principal contribuição desta revisão consiste na aproximação entre dois campos frequentemente avaliados de maneira separada: o desempenho dos contratos de gestão e as repercussões da organização institucional sobre a força de trabalho. Essa perspectiva amplia a avaliação dos serviços ao incorporar critérios sociais e assistenciais aos parâmetros econômicos

e produtivos, oferecendo subsídios para gestores, órgãos de controle e formuladores de políticas públicas aperfeiçoarem o acompanhamento das instituições hospitalares.

As limitações decorrem da heterogeneidade dos delineamentos, da concentração geográfica das publicações e da ausência de indicadores uniformes, fatores que restringem comparações conclusivas entre os modelos. Recomenda-se a realização de pesquisas longitudinais e multicêntricas, com hospitais equivalentes em porte, financiamento e complexidade, além da adoção de medidas padronizadas para vínculos profissionais, afastamentos, rotatividade, custos e resultados clínicos. Investigações futuras também devem incorporar a percepção dos trabalhadores e dos usuários, permitindo avaliações mais abrangentes sobre as consequências das diferentes formas de gestão hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALVES, Sheila Maria Parreira *et al.* A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3043–3050, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.11592014>.

BARBOSA, Nelson Bezerra; Elias, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2483–2495, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e a criação do Programa Nacional de Publicização. Brasília, Distrito Federal: Presidência da República, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.604, de 18 de outubro de 2023**. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, Distrito Federal, p. 87, 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024–2027**. Atualizado em maio de 2024. Brasília, Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2024.

BARGAS, Eliete Boaventura; Monteiro, Maria Inês. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença entre trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 6, p. 533–538, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400087>

FERNANDES, Lorena Estevam Martins *et al.* Recursos humanos em hospitais estaduais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde: a lógica do privado. **Trabalho, Educação e**

Saúde, v. 16, n. 3, p. 955–973, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00140>.

FERRO, Denise *et al.* Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 399–408, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800056>.

GUARDALUPE, Jéssica Azevedo *et al.* Cobertura do absenteísmo da enfermagem hospitalar na composição do Índice de Segurança Técnica: 6,67% são suficientes? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 46, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.2024-0401.pt>

LEVI, Maria Luiza; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen; DUARTE, Ligia Schiavon. O modelo de remuneração das Organizações Sociais de Saúde hospitalares do estado de São Paulo. **Revista de Administração Pública**, v. 59, n. 1, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220230406>.

MAGALHÃES, Ana Maria Müller de *et al.* Associação entre carga de trabalho da equipe de enfermagem e resultados de segurança do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 51, e03255, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016021203255>.

MARQUES, Divina de Oliveira *et al.* O absenteísmo-doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680516i>.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

PILOTTO, Bernardo Seixas; Junqueira, Virginia. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. **Serviço Social & Sociedade**, n. 130, p. 547-563, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.123>

RAVIOLI, Antonio Franco; SOÁREZ, Patrícia Coelho de; SCHEFFER, Mário César. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil, 2005–2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, e00114217, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114217>.

SANTANA, Leni de Lima *et al.* Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no Sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, e53485, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53485>.

SANTANA, Vanessa Gabrielle Diniz; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. Modelos de gestão pública da Secretaria de Saúde de Pernambuco: implicações na gestão do trabalho. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 122-132, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711210>.

SOUZA, Helton Saragor de; MENDES, Áquilas Nogueira. A terceirização e o “desmonte” do emprego estável em hospitais. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 50, n. 2, p. 286-294, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200015>

WHITTEMORE, Robin; Knafl, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>