

# AVANÇOS E PERSPECTIVAS DO MODELO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Erica Macedo Souza  
Gilson Rodrigues de Almeida



## AVANÇOS E PERSPECTIVAS DO MODELO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Erica Macedo Souza  
Gilson Rodrigues de Almeida

### RESUMO

A partir de 1990, novo modelo de gestão foi implantado no estado de São Paulo com intuito de expandir e melhorar a oferta de serviços de saúde, através das organizações sociais de saúde. Após dez anos de implantação desse modelo, o objetivo deste trabalho é analisar os avanços e retrocessos dessa experiência de gestão pública de saúde. Inicialmente, contextualizamos o período de implantação do modelo, abordando os aspectos econômicos e políticos que resultaram na Reforma Gerencial do Estado, as mudanças no papel do Estado brasileiro, a formulação de leis específicas e os entraves burocráticos; posteriormente, descrevemos e analisamos a implementação das organizações sociais de saúde, destacando os avanços do modelo e relacionando as ideias propostas no início do projeto com as efetivamente realizadas, nos dez anos de implantação. Destacamos também as localidades de implantação e os indicadores utilizados para mensurar eficiência, eficácia e efetividade social dos trabalhos realizado pelos equipamentos públicos gerenciados pelas organizações sociais.



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	5
REFORMA DO ESTADO.....	8
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO.....	12
CARACTERÍSTICA DOS HOSPITAIS.....	15
ANÁLISE DE INDICADORES.....	17
CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	23



## INTRODUÇÃO

O setor de saúde no estado de São Paulo tem grande influência do movimento social de saúde, especialmente da organização das associações de bairros e Movimento Sanitarista, demandando equipamentos públicos e melhor qualidade no atendimento em saúde. A década de 1980 é marcada pela redemocratização do país e explosão dos movimentos sociais, os quais participam efetivamente no processo da elaboração da Constituição Federal e construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

O governo do Estado de São Paulo, na década de 1980, iniciou o Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde para a Região Metropolitana de São Paulo, com financiamento do Banco Mundial para construção de instituições hospitalares e unidades básicas de saúde, que resultou no Programa Metropolitano de Saúde (PMS). O objetivo do projeto era expandir o número de equipamentos de saúde, principalmente hospitais, com intuito de aumentar e melhorar a oferta de serviços de saúde à população das regiões mais pobres da cidade.

O objetivo da Reforma Gerencial do Estado é promover a modernização e flexibilização da gestão pública, otimização dos recursos públicos, melhoria da eficiência, garantia de transparência e controle social sobre ações dos agentes públicos, adaptação da prestação de serviços à realidade do setor, foco nos resultados – em detrimento dos processos – e previsão da divisão dos serviços públicos em duas categorias: exclusivo do Estado (polícia, regulação e fiscalização) e não exclusivos (saúde, pesquisa, ensino e cultura).

Assim, houve redefinição do papel do Estado e fortalecimento da capacidade estatal de formulação e fiscalização das políticas públicas, sendo transferidas a entidades não governamentais algumas atividades que não caberiam ao governo prover de forma direta, como, por exemplo, a prestação de serviços sociais.

O presente artigo buscou realizar uma análise temporal das políticas públicas de saúde no estado de São Paulo, destacando as transformações sociais, econômicas e políticas. A questão social foi abordada analisando a participação dos movimentos sociais, no início da década de 1980, como ator importante reivindicando necessidades/demandas da população junto ao poder público. No



campo econômico, destacam-se as várias crises, elevado endividamento externo e altas taxas inflacionárias — situação agravada pela perda da sustentação política e econômica por parte dos países ditos "centrais" -, escassez de recursos e a necessidade de priorizar alguns setores. E no campo político ressaltamos a Reforma Gerencial do Estado, que propiciou as mudanças no papel do Estado, fortalecimento da função fiscalizadora e delegação da prestação de serviços não-exclusivos do Estado para entidades não governamentais.

Nesse quadro, a reforma do Estado entra em pauta de discussão, e, como itens cruciais, são levantadas as bandeiras da redução do Estado e da necessidade de torná-lo mais eficiente e mais responsável (accountable) frente à sociedade. (FERREIRA JUNIOR, 2003).



## HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas públicas de saúde no estado de São Paulo foram elaboradas a partir de discussões e participação do movimento popular de saúde. A década de 1970 é marcada pelo surgimento dos movimentos sociais, em meio à forte repressão política, com objetivo de reivindicar melhoria no sistema de atendimento à saúde e influenciou significativamente o processo de redemocratização do país.

Até meados da década de 1980, a assistência média estava vinculada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que prestava atendimento médico aos cidadãos que contribuía com a previdência social, ou seja, apenas trabalhadores com carteira assinada tinham direito à Saúde. Não havia política pública de saúde que atendesse a todos os cidadãos igualmente.

A década de 1980, marcada pelo processo de redemocratização e explosão dos movimentos sociais, contribuiu efetivamente para que entrassem na agenda pública do governo do Estado de São Paulo as demandas/reivindicações do movimento popular de saúde, vale dizer, aumentar o número de equipamentos públicos e melhorar o atendimento a população. Com isso, foi criado o Programa Metropolitano de Saúde (PMS), com financiamento do Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), para construção de equipamentos de saúde e reforma de unidades existentes.

“O programa previa inicialmente a construção de 400 unidades básicas de saúde e de 20 hospitais, e se propunha a viabilizar no município de São Paulo a constituição de uma infra-estrutura de atenção à saúde. A localização dos hospitais priorizava as áreas periféricas da cidade e dos municípios vizinhos, objetivando reverter à situação de grande concentração de leitos na região central da cidade e áreas desprovidas de serviços de saúde na periferia.” (SEIXAS, 2003).

O objetivo do PMS era expandir o número de equipamentos de saúde, principalmente hospitais, com o intuito de aumentar e melhorar a oferta de serviços de saúde, ou seja, atender a população das regiões periféricas da grande São Paulo com qualidade.

“O PMS foi criado em 1983, pelo Decreto Estadual nº 21.862, no contexto do movimento da reforma sanitária, que estabeleceu os princípios que



posteriormente culminaram com a criação do SUS, pela Constituição Federal de 1998. Esse programa era norteado por diretrizes de universalização da atenção à saúde, equidade no atendimento, integralidade da atenção, descentralização da tomada de decisão em relação à execução dos serviços e participação dos usuários e profissionais na formulação e controle das políticas de saúde.” (FERREIRA JUNIOR, 2004).

O Programa Metropolitano de Saúde não foi implementado completamente e somente uma parte dos hospitais foi efetivamente construído e iniciou o atendimento a população. Restaram estruturas de dezessete hospitais, sendo quinze na Grande São Paulo e dois no interior, a maioria na periferia da cidade de São Paulo.

O sistema de saúde existente no período não atendia o cidadão satisfatoriamente e dificultava o gerenciamento da administração hospitalar, principalmente no setor financeiro, impossibilitando realocação de recursos materiais, contratação e a capacitação dos profissionais. A burocracia excessiva na compra de materiais (licitação), contratação e desligamento de recursos humanos, assim como o baixo nível salarial, em comparação com salários do setor privado, dificultavam a operacionalização da saúde no país.

O setor da saúde, em meados da década de 1990, apresentava problemas relativos à falta de equipamentos, excesso de demanda e insatisfação da população em relação à prestação dos serviços. A alternativa encontrada foi retomar as obras das estruturas remanescentes do Programa Metropolitano de Saúde (PMS), que não haviam sido concluídas na década de 1980. A construção desses equipamentos foi retomada em meados da década de 1990, no primeiro mandato do governador Mario Covas (1995-1998).

Nesta retomada da construção, entretanto, alguns problemas surgiram, destacando-se, especialmente, a falta de recursos para início do funcionamento dos hospitais: o Estado não dispunha de recursos financeiros suficientes para contratar recursos humanos e mantê-los treinados e atualizados. Além disso, havia também limitações jurídicas, como a Lei nº 8666/93 e a Lei Orgânica da Saúde de São Paulo, que proibiam a terceirização de serviços-fins de hospitais públicos estaduais. O maior entreve foi a Lei Camata (Lei Complementar nº 82/95), por limitar os gastos do



orçamento com folha de pagamento, trazendo uma grande dificuldade para o Estado de São Paulo contratar os funcionários necessários para os novos hospitais.

Em pleno contexto da Reforma Gerencial do Estado, optou-se por transferir a administração dos equipamentos de saúde a Organizações Sociais de Saúde (OSS), com comprovada experiência na área. Uma diferença significativa da lei estadual em relação à legislação federal das OS é que, no Estado de São Paulo, somente poderiam ser qualificadas como organização social de saúde as entidades que, efetivamente, comprovassem possuir serviços próprios de assistência à saúde há mais de cinco anos. Essa limitação, porém, não trouxe problemas para a Secretaria de Estado da Saúde, uma vez que existiam no Estado diversas entidades filantrópicas do setor de saúde tradicionais e com elevada reputação (o mesmo sucesso não ocorreu com alguns Estados que tentaram seguir o exemplo de São Paulo).

“A delegação da prestação de serviços para uma organização filantrópica tem objetivos bem claros: facilitar o acesso aos serviços de saúde para responder ao princípio da equidade, buscar fórmulas para conhecer e moderar o crescimento do gasto, dotar o sistema de estabilidade financeira e garantir a melhoria da qualidade dos serviços.” (FUNDAP, 2007).

No estado de São Paulo, foi regulamentada a Lei Complementar nº 846/98, permitindo a parceria do Estado com entes privados sem fins lucrativos; assim, a administração dos hospitais seria delegada a Organizações Sociais de Saúde, de forma que os hospitais comesçassem a atender à população. Todos os hospitais construídos seriam administrados por Organizações Sociais de Saúde, para otimizar o uso dos recursos públicos e melhorar a qualidade do serviço.





## REFORMA DO ESTADO

Implantadas no Estado de São Paulo no final da década de 1990, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) são o exemplo mais representativo das iniciativas do governo estadual em direção à Reforma Gerencial do Estado<sup>1</sup> e à publicização<sup>2</sup>. A seguir, procuramos contextualizar esses esforços e ações, mostrando os determinantes políticos, econômicos e ideológicos que forneceram o substrato para a implantação das OSS, inicialmente no Governo Federal e, posteriormente, no Governo do Estado de São Paulo.

Em primeiro lugar, destacamos as mudanças ocorridas no campo das ideias. A partir dos anos 70, observamos a ampliação e recorrência de críticas em relação às disfuncionalidades da burocracia estatal. Identificados como lentos, ineficazes e ineficientes, os serviços públicos passam então a ser alvos de ataques sem precedentes vindos atores de diversos espectros políticos. O próprio campo teórico da administração pública tradicional é obrigado a se reestruturar, incorporando as críticas e adotando conceitos e metodologias típicos da administração privada. O gerencialismo vai ganhar “corpo” a partir do final dos anos 70 e início de 1980, com os governos conservadores na Grã-Bretanha e Estados Unidos (Tachter e Reagan, respectivamente). Nesse processo de difusão das ideias reformistas para a América Latina e Brasil, não se pode esquecer do papel desempenhado por organismos multilaterais, como BIRD/Banco Mundial, FMI, BID, UNESCO etc.

Ao mesmo tempo em que se intensifica no mundo e no Brasil, em especial, o debate acerca das deficiências estatais na prestação de serviços públicos sob os moldes tradicionais, o Estado brasileiro passa a sofrer de uma grave crise fiscal decorrente da ampliação das demandas sociais e exigências legais e constitucionais pela oferta de serviços (como educação, saúde, assistência social)

---

<sup>1</sup> “Reforma Gerencial do Estado” é o termo pelo qual ficou conhecido o conjunto de ações voltadas para reduzir o custo e ampliar a eficiência, eficácia e efetividade do Estado. A administração pública gerencial coloca a ênfase sobre o cidadão/usuário/cliente (dependendo da vertente) e os resultados da ação estatal, ao invés de simplesmente se ater à racionalidade dos processos (típica da administração pública burocrática tradicional).

<sup>2</sup> Por publicização deve-se entender a produção de forma não lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não-exclusivos do Estado (MARE, 1998).



combinada com o esgotamento, a partir da década de 1980, do crescimento econômico vigoroso que tinha sido o padrão na década anterior.

Tanto a esquerda (valorizando o potencial ainda pouco explorado da “sociedade civil”) quanto os defensores do livre-mercado (propugnando reformas contra o estatismo vigente) vão lançar críticas, a partir do final do regime militar, ao caráter onipresente do Estado, isto é, à hipertrofia do Estado brasileiro em relação às outras esferas sociais (sociedade civil e mercado, respectivamente).

As ideias que vinham sendo gestadas no plano teórico ganharam concretude a partir do primeiro governo Fernando Henrique Cardoso, que elegeu, como uma de suas bandeiras prioritárias, a reforma administrativa do Estado brasileiro<sup>3</sup>. A criação do MARE (Ministério da Administração e Reforma do Estado), em 1995, foi o ápice deste movimento. O Plano Diretor de Reforma do Estado (BRASIL, 1995), uma síntese dos objetivos da reforma da administração pública em nível federal produzida por este ministério, declarava que seriam feitos esforços para construir um marco institucional de transição das atividades estatais para o terceiro setor, contribuindo, dessa forma, para a melhoria da qualidade, eficiência, eficácia e efetividade da oferta de serviços públicos.

De acordo com esse documento, o núcleo estratégico do Estado, formado pelo legislativo, tribunais e a cúpula dos agentes públicos estatais, bem como as atividades exclusivas do Estado, isto é, forças armadas, polícia, sistema de arrecadação de tributos, agências reguladoras e controle dos serviços sociais, deveriam continuar a ser executadas diretamente pelo Estado. Haveria, por outro lado, uma série de atividades não exclusivas do Estado: educação, saúde, cultura, pesquisa científica, assistência social etc. A prestação desses serviços deveria continuar sendo mista, isto é, o Estado não poderia se eximir nessas áreas, uma vez que essas atividades envolveriam direitos humanos e sociais básicos e gerariam externalidades significativas. Ao contrário do formato jurídico-institucional do núcleo estratégico e das unidades responsáveis pela execução de atividades exclusivas do Estado – unidades públicas estatais -, no caso das atividades não exclusivas do

---

<sup>3</sup> Esta não foi a primeira tentativa de reforma da burocracia brasileira. O governo militar, por exemplo, editou o Decreto-lei nº 200, de 25/2/1967, o qual, dentre outras ações, transferiu para a administração indireta uma série de atividades que anteriormente eram desempenhadas pela administração direta. No início da década de 1980, por outro lado, o Programa Nacional de Desburocratização representou mais um esforço nesse sentido, incorporando o gerencialismo na administração pública, além de fortalecer as estatais, melhorar e simplificar os processos administrativos, descentralizar a autoridade e promover a eficiência.



Estado, a forma institucional adequada seria o das unidades públicas não estatais. Seriam unidades localizadas em um espaço intermediário entre o Estado e o mercado, mais flexíveis do que as organizações públicas tradicionais pelo fato de não estarem submetidas às limitações legais que engessariam a capacidade de ação estatal (Lei de Licitações e exigência de concurso público para contratação de funcionários, por exemplo). Embora dotadas de maior autonomia gerencial, as unidades públicas não estatais estariam sujeitas a um controle público – não de processos (como no típico controle burocrático), mas especialmente de resultados alcançados.

Importante ressaltar que o estabelecimento de parcerias na administração pública é um fenômeno bem anterior à Reforma do Estado: os convênios entre organizações privadas e Estado, por exemplo, representam uma forma tradicional de parceria entre o setor público e o chamado terceiro setor. Porém, especialistas criticam o modelo de convênios pelo fato destes não contemplarem mecanismos flexíveis e modernos de gestão, preocupando-se mais com a lógica financeira e contábil do que a de resultados (Galvão et. Al., p. 11).

As Organizações Sociais (OS) foram idealizadas pelo Governo Federal, por meio do MARE, justamente como uma nova figura jurídica capaz de suprir as lacunas detectadas nos moldes tradicionais de parceria entre Estado e sociedade na prestação de serviços públicos. A instituição das OS se deu em 1998, com a aprovação do Programa Nacional de Publicização (Lei Federal 9.637, de 15 de maio de 1998)<sup>4</sup>, autorizando o Executivo Federal a transferir a execução de serviços públicos nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde para entidades qualificadas como Organizações Sociais<sup>5</sup>. A relação entre OS e Estado, de acordo com a referida lei, deveria ser regida por um instrumento contratual, o Contrato de Gestão, elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a

---

<sup>4</sup> Na realidade, antes da aprovação da Lei Federal 9.637, a Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, já havia criado a figura das OS, qualificando as duas primeiras entidades no âmbito federal, a Associação de Comunicação Educativa Roquette Pinto e a Associação Brasileira de Tecnologia de Luz Síncroton – ABTLuS.

<sup>5</sup> No ano de 1999, a partir dos esforços conjuntos do MARE, Conselho da Comunidade Solidária e diversos segmentos do chamado Terceiro Setor, foi criado um novo marco legal para atender à demanda de outras atividades não contempladas pela Lei das OS. Surgiu então a qualificação de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), por meio da Lei 9.790, de 23 de março de 1999, regulamentada pelo Decreto 3.100, de 30 de julho de 1999. A forma de relação entre Estado e OSCIP se dá por meio do termo de parceria.



organização social, estipulando metas com indicadores precisos a serem atingidos pela organização. O programa em questão previa a extinção de órgãos e entidades estatais, garantindo-se, entretanto, os direitos e vantagens dos servidores públicos daqueles órgãos; estes servidores, inclusive, poderiam ser deslocados para exercer suas funções nas próprias OS.

A recepção a este programa de “publicização” do Governo Federal foi variada: parte do núcleo estratégico do Estado, por exemplo, apoiou as mudanças propostas; outra parcela dos servidores públicos, porém, reagiu criticamente ao modelo de OS, acusando-o de “neoliberal” e de “privatizante”<sup>6</sup>.

Seguindo a oportunidade aberta pela legislação federal que criou as OS, diversos estados (Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Pernambuco e São Paulo) também elaboraram suas próprias legislações normatizando a qualificação das OS e o estabelecimento do contrato de gestão entre Estado e as entidades qualificadas como tal.

O Estado de São Paulo editou a Lei Complementar nº 846/98 (regulamentada pelo Decreto nº 43.493, de 29 de setembro de 1998), que dispôs sobre a qualificação de entidades filantrópicas como OS para atuarem somente em atividades dirigidas à saúde e à cultura. Também regulamenta a criação do Contrato de Gestão, cuja finalidade reside em constituir o instrumento de regulação da parceria entre poder público e OSS, tendo como base critérios técnicos bem estabelecidos: definição das metas e resultados, caracterização do modelo de assistência à saúde a ser desenvolvido; e vinculação da remuneração à transparência no fornecimento de dados (Estado de São Paulo, 1998).

A opção pela introdução do modelo de OS apenas em hospitais que ainda seriam inaugurados foi pensada estrategicamente pela Secretaria de Estado de São Paulo, para melhorar as políticas públicas de saúde, redefinir as funções, ou seja, caberia ao Estado a função estratégica de monitorar e avaliar e a organização social, efetivamente prestar o serviço à população.

---

<sup>6</sup> De acordo com Bresser Pereira, a implementação das organizações sociais no âmbito federal caminhou de forma mais lenta do que o desejável devido ao temor dos servidores de que, ao ser desvinculada do aparelho do Estado, a organização perderia seu apoio e proteção daquele. “Era e é um medo irracional, especialmente para as entidades do Estado que são necessárias, que realizam um trabalho útil, mas a necessidade de segurança entre os servidores públicos tende muitas vezes ao absurdo” (Bresser Pereira, 2001).



## ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

O início da década de 1990 foi marcado por crise fiscal, conseqüentemente houve escassez de recursos, que refletiu diretamente na qualidade dos serviços públicos, por isso havia uma insatisfação geral dos cidadãos em relação a esses serviços. Existia a necessidade de criar um novo modelo de gestão pública capaz de otimizar o uso de tempo e recursos.

O modelo de organização social de saúde foi implantado em 1998 no estado de São Paulo com o objetivo principal de iniciar os trabalhos de hospitais recém construídos e contratar funcionário em um período curto de tempo, mas também de melhorar qualidade do serviço público e garantir a satisfação dos cidadãos.

A experiência iniciou-se com um grupo de quinze hospitais localizados em regiões de alta vulnerabilidade social e carentes de serviços públicos, com o intuito de melhorar o acesso da população à atenção hospitalar, principalmente na região metropolitana de São Paulo.

Os avanços desse modelo são vistos principalmente nos mecanismos de controle e monitoramento dos equipamentos públicos. A Lei Complementar nº 846/1998 define as funções tanto do Estado quanto da entidade, para garantir que os serviços serão realizados efetivamente e com eficiência e eficácia à população.

O Contrato de Gestão tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela Contratada, das atividades e serviços de saúde (São Paulo, 2008).

O Contrato de Gestão é o principal instrumento de controle que o poder público possui para acompanhar e cobrar a entidade qualificada como organização social de saúde (OSS); por meio desse acordo, são definidos: as metas, tipo de assistência à saúde a ser desenvolvido pelo serviço, os hospitais gerenciados atenderão exclusivamente aos pacientes do SUS, obrigatoriedade de publicar balanços e demais prestações de conta no Diário Oficial de São Paulo e Tribuna de Contas do Estado, entre outros serviços e obrigações.

A geração de um novo instrumento de controle – o Contrato de Gestão – viabilizou a delegação de atividades-fim à OSS, sem que o Estado fosse eximido de responsabilidades relativas à fiscalização, controle e resultados obtidos em ações de saúde executadas por terceiros (Bresser Pereira, 2007).



O Estado reforça o papel estratégico de fiscalizador de políticas públicas e as OSS assumem a função de implementação das políticas públicas de saúde com administração independente dos hospitais, embora vinculada ao contrato de gestão por resultados.

Os princípios do Sistema Único de Saúde, estabelecidos na Constituição Federal de 1988, devem ser seguidos, mesmo o poder público delegando a administração de equipamentos públicos a entidades privadas. A Lei nº 8080/90 estabelece no artigo 7º:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Em nenhum momento, a política pública de saúde deixa de ser responsabilidade do poder público (governo estadual). Mesmo administrado e prestado por uma entidade privada sem fins lucrativos, caso haja problema no atendimento e insatisfação dos usuários em relação ao serviço, a organização social é notificada e deverá explicar os motivos dos problemas ocorridos.

O processo de monitoramento, fiscalização e avaliação de desempenho das Organizações Sociais de Saúde é realizado pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços da Saúde da Secretaria Estadual da Saúde, que “adota como referência as metas contratualizadas para produção de procedimentos, considerando o volume de gastos realizados e a satisfação do usuário” (BARBOSA, 2005, 116).

Os relatórios de prestação de contas e de indicadores de acompanhamento apresentam o volume de atendimento realizado pela organização naquele determinado período, possibilitando avaliar se o objeto contratual atinge o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.

O responsável por apresentar os dados é a organização social, mas, como existe a possibilidade de omissão ou “maquiagem” dos dados, cabe à



Secretaria Estadual acompanhar e realizar visitas periódicas para certificar-se que os serviços são prestados em conformidade com o contratado.

Esse é o grande avanço que o modelo das organizações sociais trouxe para o poder público. No contrato de gestão já são estipulados metas para a organização social e, com esses dados, é possível ter acompanhamento efetivo do serviço prestado.



## CARACTERÍSTICA DOS HOSPITAIS

O objetivo inicial do projeto era levar atendimento especializado para as regiões mais carentes do estado. Por isso, todos os hospitais têm características similares, tais como: são hospitais gerais, com tamanho médio de 250 leitos, abrangendo clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia. Todos apresentam atendimento de urgência/emergência, UTI adulto e pediátrica. Em vários serviços são oferecidos atendimentos especializados, como cirurgia cardíaca, neurocirurgia, hemodiálise e transplante. ((BARRADAS e MENDES, 2006:09).

De acordo com as diretrizes da política nacional de saúde e também as do estado de São Paulo, para não sobrecarregar os hospitais centrais, o cidadão deve passar pelas unidades de saúde do bairro e ser encaminhado aos outros estabelecimentos, de acordo com a gravidade do caso.

Portanto, a estrutura da rede de saúde está definida assim: atendimento básico, realizado pelas unidades básicas de saúde; serviços de baixa complexidade, prestado pela instância municipal; ambulatório de especialidades, que realizam exames e atendimentos de pequena complexidade, nível municipal e estadual; hospitais gerais, com serviços de média e alta complexidade, atende somente encaminhados por outros estabelecimentos de saúde, nível estadual.

O nível secundário e terciário, que são os mais onerosos, são os oferecidos pelas organizações sociais de saúde. Para atender a necessidade de cada região, existem dois tipos de hospitais: “porta aberta” (hospitais que atendem à demanda espontânea da sociedade) e “porta fechada” (hospitais que funcionam com referência restrita a organizações que possuem ambulatórios de especialidades, servindo à rede pública).

Com isso, a população das regiões periférica da grande São Paulo não tem necessidade de deslocar-se para hospitais centrais para ter acesso a equipamentos e serviços de alta complexidade. Com a expansão de equipamentos públicos, os cidadãos dessas regiões são mais assistidos.

A flexibilidade administrativa que as organizações sociais possuem lhes dá a liberdade necessária para adaptar os serviços dos hospitais com as características demográficas e sociais da região em torno do hospital.





“Todos estes novos hospitais vieram suprir a lacuna de atenção secundária e em alguns casos terciário, principalmente da região metropolitana da Capital, caracterizadas por população de baixo poder aquisitivo, com problemas sócio-econômicos e de saúde significativos e totalmente dependentes dos atendimentos do SUS.” (BARRADAS e MENDES, 2006:09-10).

O modelo das Organizações Sociais de Saúde possibilitou melhor aproveitamento dos recursos em comparação à administração direta e garantiu maior transparência, devido ao contrato de gestão que estabelece metas que devem ser alcançadas.

As OSS são entidades filantrópicas, mas se assemelham às organizações empresariais pela maior facilidade de reagirem rapidamente à mudança e agilidade em seus movimentos. Além desses pontos, esses hospitais estão menos propensos a mudanças sucessivas de diretores por interferência político-partidária, visto que este é funcionário da organização social (OLIVEIRA, 2007, 46).

Em geral, são organizações que foram criadas fora da administração direta passando a ter uma subordinação específica em relação aos dirigentes de ministérios ou secretarias; são sujeitas as regras mais flexíveis na gestão de recursos humanos, compras, orçamento e finanças (LEVY, 2004).



## ANÁLISE DE INDICADORES

Neste item serão apresentados os principais avanços do modelo de organizações sociais de saúde, que são: Contrato de Gestão; utilização de indicadores; e flexibilidade administrativa, que propicia gestão mais rápida de um hospital de médio e grande porte. Esses pontos são as principais diferenças em relação à administração direta, possibilitando a OSS se adaptar às necessidades da região na qual o hospital está localizado.

O Contrato de Gestão foi criado em 1998 e revisto em 2000, para melhorar a mensuração dos dados, definir a forma de pagamento e relacionar os indicadores à remuneração. O repasse do recurso é realizado de duas maneiras: 90% do orçamento dividido em 12 parcelas fixas ligado à produção e os outros 10% divididos em 12 parcelas mensais vinculadas a indicadores de qualidade – avaliação trimestral, portanto, a organização deve se organizar, inicialmente, com o valor respectivo aos 90%, o restante só é recebido mediante a avaliação de desempenho.

O papel do contrato de gestão é o de estabelecer objetivos, metas e indicadores a serem examinados na avaliação de desempenho das organizações contratualizadas, além de estabelecer obrigações do contratante quanto a acordos assumidos diante do deslocamento de recursos financeiros e do auxílio técnico necessários à obtenção dos resultados esperados (BARBOSA, 2005).

Na última década, novas reformulações foram imputadas ao Contrato de Gestão, buscando-se o aprimoramento do referido instrumento através das seguintes mudanças: introdução de indicadores de avaliação diferenciados de acordo com modalidade de atendimento; inclusão de cláusulas que estabelecem um teto máximo de 70% do orçamento destinado ao hospital sob forma de despesas com recursos humanos; modificação expressiva no repasse do orçamento anual – condicionado a doze parcelas mensais iguais de 90% do orçamento anual, sendo que os 10% restantes são condicionados à avaliação de desempenho dos indicadores estipulados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) –; e criação de indicadores de avaliação como: qualidade de informação, média de permanência em internação e atenção ao usuário (Carneiro e Elias, 2003).

Como mencionado anteriormente, 10% do recurso financeiro está associado a metas e indicadores de qualidade, o que permite acompanhar o serviço



realizado pela organização social e ter parâmetros para avaliar o desempenho da entidade. Esses indicadores são definidos assim que a entidade assina o contrato de gestão, mas, com o tempo, são revistos e aperfeiçoados para refletir a realidade do hospital.

Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito financeiro (SÃO PAULO, 2008).

A seguir alguns exemplos de indicadores de qualidade:

- Acesso: Tempo de espera para cirurgia eletiva;
- Qualidade: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto, Taxa de cesariana em primípara, Taxa de mortalidade neonatal intra-hospitalar por faixa de peso;
- Desempenho Assistencial: Taxa de ocupação operacional, Média de permanência, Índice de intervalo de substituição, Taxa de rotatividade;
- Efetividade: Taxa de mortalidade institucional, Taxa de mortalidade operatória.

Outros exemplos de indicadores de desempenho:

- Taxa de ocupação operacional. Indica o grau de utilização da capacidade operacional;
- Média de permanência (dias) – Indica o tempo médio que um paciente permanece internado no hospital;
- Gestão Relação Funcionário por leito – Indica a relação entre o número de funcionários por leito operacional – excluindo médicos
- Gestão Porcentagem de médico especialista – Indica a quantidade de médicos com especialidade que atuam na instituição
- Qualidade Taxa de cesareana em primíparas- Indica a proporção de primíparas submetidas à cesareana.



A integração entre recursos e metas permite a estruturação dos processos de trabalho focado na busca da eficiência. O contrato de gestão, além de estabelecer controle sobre o desempenho da unidade contratada, serve como parâmetro para definição da alocação de recursos e dos custos envolvidos nos procedimentos e serviços produzidos (BARBOSA, 2005).

O recurso financeiro recebido pela organização pode ser administrado de acordo com as prioridades estabelecidas pela entidade. A OSS não está presa aos entraves burocráticos para contratar funcionário e comprar insumos, assim, é possível adaptar os serviços de saúde ao perfil populacional e aos fatores demográficos e epidemiológicos do entorno hospital.

A flexibilidade administrativa possibilita terceirizar atividades-meio (recepção, limpeza, entre outros), investir no treinamento constante de funcionário, criar política de gestão por desempenho, enfim, gerenciar uma organização, reduzir custos, melhorar a qualidade do serviço e ampliar a satisfação do usuário final.



## CONCLUSÃO

Após dez anos de implantação do modelo de organização social de saúde, é possível avaliar que houve muitos avanços, principalmente na expansão de equipamentos públicos para as regiões periféricas da grande São Paulo. Com isso, ampliou-se o número de profissionais de saúde qualificados e de exames de elevado custo e alta especificidade.

A flexibilidade administrativa auxilia a entidade na contratação dos funcionários, compra de medicamentos e insumos e adapta a assistência médica às necessidades da população, já que a organização não é obrigada a seguir as normas do setor público.

As Organizações Sociais de Saúde dispõem de maiores facilidades de modificar sua força de trabalho para atender às necessidades da população, pela possibilidade direta de contratar, demitir e adquirir bens. Podem existir casos em que a oferta de serviços não esteja adequada às necessidades da população e, quando se trata de um hospital da administração direta, esta adequação é mais difícil e demorada, pela necessidade de mudar o perfil dos trabalhadores, adquirir ou dispor de bens, entre outros fatores. (OLIVEIRA, 2007).

Com a Reforma do Estado em meados da década de 1990, o poder público precisou encontrar opções para mensurar, monitorar e avaliar os serviços públicos e, assim, melhorá-los. A delegação de atividades não exclusivas do estado a entidades sociais sem fins lucrativos por meio de um contrato de gestão, no qual são estabelecidas metas, indicadores, relatórios de prestação de contas, foi uma alternativa viável para garantir a expansão de hospitais, melhorar a qualidade do serviço e conseguir fortalecer a atividade do Estado de fiscalizador de políticas públicas.

As principais críticas ao modelo de organização social e que podem ser considerados retrocessos à gestão da saúde são: inexistência de controle social, privatização do SUS e o fato dos resultados da OSS serem melhores do que os da administração direta porque estas recebem mais recursos.

Não existe um conselho gestor, no hospital, que acompanhe diretamente as atividades/serviços das OSS, ao contrário do que ocorre na administração direta; nos hospitais desta, existem representantes dos funcionários, do hospital e cidadãos



da região, que efetivamente conhece e utilizam os serviços e podem pressionar para a solução dos problemas. A Secretaria Estadual da Saúde considera outros mecanismos de acompanhamento: a Comissão de Avaliação, Tribunal de Contas, além dos relatórios gerenciais (prestação de contas) que a organização social é obrigada a entregar ao governo.

Com a delegação da administração de hospitais públicos para organizações sociais, dizem os críticos, houve a privatização do SUS, porque quem efetivamente atende a população, com recursos públicos, é uma entidade social. No entanto, “toda a produção é realizada para o SUS (o atendimento é totalmente público) e todos os recursos auferidos pela entidade, devem ser aplicados no próprio serviço, não sendo permitidos retiradas de lucros ou qualquer outra vantagem, pelos diretores da entidade” (BARRADAS e MENDES, 2006).

Além disso, toda a estrutura e equipamentos são patrimônios públicos. A organização social é responsável por realizar o atendimento e manter a estrutura, mas, quando é necessário comprar novos aparelhos, é o Estado quem faz.

“No Estado de São Paulo não ocorreu nenhuma ‘privatização’ de serviços públicos: o patrimônio (prédio e equipamentos) dos hospitais, bem como todo os investimentos realizados após a assinatura do contrato de gestão, permanecem sendo do Estado e, em qualquer caso de ruptura do contrato com a OSS, os bens retornam para ao patrimônio do governo” (BARRADAS e MENDES, 2006)

Com relação à comparação entre OSS e administração direta existem vários estudos que comprovam que realmente a produção é maior, mas a diferença não é muito grande. A produção da OSS poderia ser maior se o Estado efetivamente realizasse as funções de fiscalizador das ações da entidade.

De acordo com dados da Secretaria Estadual da Saúde, atualmente são 21 hospitais, três ambulatórios, duas farmácias e três laboratórios de análises clínicas administrados por esta forma de gerenciamento. Os novos hospitais colocaram a serviço do SUS cerca de 4.300 leitos no Estado de São Paulo.

A implantação de hospitais gerais nas regiões de alta vulnerabilidade social da grande São Paulo foi possível devido à delegação da administração para entidades não governamentais. Dentre os principais avanços do modelo, estão a flexibilização da contratação de funcionários, a maior agilidade na compra de



insumos e remédios e a possibilidade de adaptar os serviços as características demográficas e epidemiológicas da região em torno do hospital.

Como esses hospitais estão em regiões muito carentes, verifica-se que esses estabelecimentos de médio porte com grande número de especialidades são os únicos da região com capacidade instalada para atender grande número de pessoas; não conseguem, portanto, prestar serviços de forma a atender toda a demanda da região. É necessário incluir uma rede de saúde de apoio (unidades básicas e posto de saúde) em número suficiente para atender aos casos mais simples e trabalhar em parceria com o hospital.



## REFERÊNCIAS

BARBOSA, Nelson Bezerra. **O modelo de administração direta e as organizações sociais de saúde: um estudo comparado**. São Paulo: Tese de doutorado, Faculdade de Medicina – USP, 2005.

BARRADAS BARATA, L. R.; MENDES, J. D. V. **Organizações Sociais de Saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo**. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Artigo 199. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 82, de 27 de março de 1995**. Lei Camata. Brasília: Diário Oficial da União; 1995.

\_\_\_\_\_. **Lei Ordinária nº 8.666**, de 21 de Junho de 1993. Lei de Licitações. Brasília: Diário Oficial da União; 1993.

\_\_\_\_\_. **Lei Ordinária nº 9.637**, de 15 de maio de 1998. Brasília: Diário Oficial da União; 1998.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.

BRASIL. MARE. **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Presidência da República. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Brasília-DF, 1995.

BRASIL. MARE. **Cadernos MARE da Reforma do Estado**. Organizações Sociais. Caderno 2. Brasília-DF, 1998.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Entrevista a Chico Gaetani sobre o MARE e a Reforma de 95**, 2001. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/interviews/01.11.EntrevistaAGaetani-MARE.pdf>>.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado, 2005.





FERREIRA JUNIOR, W.C. **Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas: estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde.** Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2004.

FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO (FUNDAP). Por que organizações sociais na saúde? **Revista Sp.Gov**, 2005; 2. Disponível em: <[www.revista.fundap.sp.gov.br/revista2/paginas/parceria.htm](http://www.revista.fundap.sp.gov.br/revista2/paginas/parceria.htm)>. Acesso em: 12 set. 2007.

GALVÃO, Maria Cristina Costa Pinto, org.[et al]. São Paulo: Secretaria de Gestão Pública, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, 2009.

OLIVEIRA, Solange Guedes de. **Acolhimento resolutivo em urgência e emergência:** um estudo comparativo entre Administração Direta e Organização Social de Saúde. São Paulo: Monografia de Especialização – FUNDAP, 2007.

SÃO PAULO. **Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998.** Diário Oficial do Estado de São Paulo. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. São Paulo, 05 de Junho de 1998.

SÃO PAULO. **Resolução SS142, de 24 de Outubro de 2008.** Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, 30 Outubro 2008.



---

**AUTORIA**

**Erica Macedo Souza** – Bacharel em Gestão de Políticas Públicas da Escola de Artes, Ciências e Humanidades pela Universidade de São Paulo.

Filiação institucional: Universidade de São Paulo.

Endereço eletrônico: ericamacedos@gmail.com, erica@usp.br

**Gilson Rodrigues de Almeida** – Bacharel em Ciências Sociais e mestre em Ciência Política pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.

Filiação institucional: Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo.

Endereço eletrônico: não disponibilizou e-mail

