



**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

2-A

**AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE
EM SÃO PAULO, 1998-2002**

UMA VISÃO INSTITUCIONAL

**São Paulo
2003**

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

**AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE
EM SÃO PAULO, 1998-2002**

UMA VISÃO INSTITUCIONAL



Dissertação apresentada ao Curso de
Pós-Graduação da FGV/EAESP
Área de Concentração: Administração
Hospitalar e de Sistemas de Saúde, como
requisito para obtenção do título de
Mestrer em Administração

Orientador: Prof. Dra. Ana Maria Malik

**São Paulo
2003**

Escola de Administração de S. Empresas de São Paulo	
Data 05.05	Nº de Chamada 614 (816.1)
Tombo 1104/2003	54620 Dr. e.1

SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo. As organizações sociais de saúde em São Paulo: 1998-2001: uma visão institucional. São Paulo: EAESP/FGV, 2003. 192p.
(Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).

Resumo: O trabalho descreve o processo de implantação das Organizações Sociais de Saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo enquanto caso especial de reforma do Estado no setor da saúde, identificando os fatores motivadores e as justificativas referidas por parte do Estado e dos parceiros, bem como o processo de negociação desenvolvido.

Palavras-chaves: Reforma do Estado. Contrato de Gestão. Organização Social. Terceiro Setor. Reforma Sanitária. Parcerias.

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

**AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE
EM SÃO PAULO,
1998-2002**

UMA VISÃO INSTITUCIONAL

Dissertação apresentada ao Curso de
Pós Graduação da FGV/EAESP
Área de Concentração: Administração
Hospitalar e de Sistemas de Saúde,
como requisito para obtenção do título
de Mestre em Administração

Data da defesa:

Banca Examinadora:

Orientador: Dra. Ana Maria Malik, FGV/EAESP

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Jr., FGV/EAESP

Prof. Dra. Regina G. Marsiglia, FCMSCSP

**São Paulo
2003**

*A meus pais, José Carlos e Maria Rita, pela inspiração e apoio
A Rita, pela coragem e amor
Ao Gabriel e à Ana Clara, pelo carinho incondicional*

AGRADECIMENTOS

A Ana Maria, orientadora que soube tão habilmente conduzir esta longa jornada.

Aos Superintendentes, Diretores e Gerentes Hospitalares das organizações parceiras da Secretaria de Estado da Saúde, que concordaram em participar desta pesquisa, e por sua disponibilidade em falar tão abertamente da construção desta nova relação.

Ao Secretário de Estado da Saúde, Dr. José da Silva Guedes, ao Secretário Adjunto Dr. Luis Roberto Barradas, ao Coordenador da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, Dr. Márcio Cidade, que não só se dispuseram a participar como possibilitaram amplo acesso às informações necessárias.

Aos antigos companheiros da Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo e Diretores de DIR e Núcleo, que tantas informações relevantes trouxeram com suas entrevistas.

Aos colegas atuais do Ministério da Saúde, que me possibilitaram o inestimável tempo para finalizar esta dissertação.

Aos colegas do Departamento de Medicina Social da Santa Casa de São Paulo, e em particular à sua Diretora, Rita Barradas Barata, onde, ainda que à distância, talvez maior que a desejada, sempre encontrei estímulo e apoio para seguir em frente.

À Márcia e à Joana, e a todo o pessoal da CGPRH, parceiros nestes dois últimos anos de intenso e profundo aprendizado.

Ao Dr. Cláudio Duarte, Secretário da Secretaria de Políticas do MS, solidário e tolerante neste processo de estudo à distância.

À Leila, sempre incansável para resolver os intermináveis problemas de última hora.

À Marina, esta nova gerente de projetos de pesquisa que tem sustentado e viabilizado tantos trabalhos por aí.

À Ana, pela pesquisadora ativa e envolvida em que se transformou.

À Magda, não apenas pelo excelente trabalho, mas pela impressionante dedicação.

À Rutinha, com saudade

E mais uma vez à minha família, meus irmãos, à Rita e a meus filhos, que tanto foram capazes de me apoiar e relevar.

RESUMO

Objetivos. O presente trabalho tem por objetivo descrever o processo de implantação das Organizações Sociais de Saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo enquanto caso especial de reforma do Estado no setor da saúde, identificando os fatores motivadores e as justificativas referidas por parte do Estado e dos parceiros envolvidos, e descrever o processo de negociação e implantação das Organizações Sociais de Saúde, caracterizando a) regulamentação/legislação específica; b) negociação e formalização das parcerias; c) etapas de implantação; d) mecanismos de financiamento; e) fatores facilitadores e dificuldades; f) considerações sobre os processos obtidos por parte dos envolvidos.

Método. A revisão bibliográfica sobre o tema é seguida de estudo de caso envolvendo a Secretaria de Estado da Saúde e sete organizações sem fins lucrativos com quem constituem parceria para gerenciar hospitais públicos na Região Metropolitana de São Paulo.

Resultados. As organizações, com diferentes perfis assistenciais, constituem parceria mediante contrato de gestão. Identificam-se as diferenças entre este contrato e os propostos pela Reforma do Aparelho do Estado, as motivações que orientaram os parceiros, os mecanismos de financiamento utilizados e o cuidadoso processo de negociação desenvolvido que permitiu dar estabilidade à parceria. A percepção dos dirigentes das Organizações Sociais de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde e dos diretores dos hospitais sobre o desenvolvimento da parceria, seus pontos fortes, os problemas identificados e as perspectivas de municipalização são relatados e analisados.

Conclusão. A parceria implicou em significativos ganhos institucionais para ambos os lados, bem como propiciou condições para o desenvolvimento de modalidades assistenciais diversificadas e outras parcerias com a comunidade envolvida. Entretanto, faz-se necessário o contínuo aprimoramento do contrato de gestão e da articulação entre os gestores do sistema para permitir que as eventuais melhorias de desempenho alcançadas se reflitam no restante da rede e sejam sustentáveis ao longo do tempo.

Palavras-chave: Reforma do Estado. Contrato de Gestão. Organização Social. Terceiro Setor. Reforma Sanitária. Parcerias.

ABSTRACT

Objectives. This paper aims to describe the implementation process of the “Organizações Sociais de Saúde” (Social Health Organizations) in São Paulo’s State Department of Health as a special case of Health State Reform. It identifies the drivers and rationale of the State and partners engaged, and describes the negotiation and implementation process of the Organizações Sociais de Saúde, defining: a) specific regulation/legislation; b) negotiation and formalization of the partnerships; c) implementation phases; d) funding mechanisms; e) facilitating factors and hindrances; f) considerations about the processes obtained by the parties involved.

Methods. Literature review on the theme was followed by a case study involving the State Department of Health and seven non-profit organizations with which it formed partnerships to manage public hospitals in Metropolitan São Paulo.

Results. The organizations, with different care profiles, formed partnerships through management contracts. The study identified the differences between these contracts and those suggested by the State Apparatus Reform, the motivations that guided partners, funding mechanisms used, and the careful negotiation process that provided stability to the partnership. The paper reports and analyzes the perceptions of the managers of the Organizações Sociais de Saúde, of the State Department of Health and of hospital senior management about the development of the partnership, its strengths, weaknesses, and the prospects for implementing them at city level.

Conclusion. The partnership provided significant institutional gains for both sides, and offered the conditions for the development of diverse care modalities and other partnerships with the communities involved. However, it is necessary to continuously improve management contracts and the relationships with the system managers so as to permit that the performance improvements accomplished reflect in the remaining of the network and be sustainable in the long term.

Key words: State reform. Management contract. Social Organization. Third Sector. Sanitary Reform. Partnerships.

SUMÁRIO

1.	Introdução	1
2.	Marco Conceitual	6
2.1	<i>O contexto da reforma do Estado nos anos 90</i>	7
2.1.1	Orientações teóricas da reforma	13
2.2.1	Modelos da reforma	17
2.2.2	A perspectiva democratizante	22
2.2	<i>O plano da reforma do Estado brasileiro</i>	25
2.3	<i>As organizações sociais</i>	33
2.3.1	Os princípios dos Contratos de Gestão	39
2.3.2	A história	40
2.3.3	Questões relacionadas à implantação das OSSs e dos Contratos de Gestão	49
2.3.3.1	<i>Cooptação e accountability</i>	51
2.3.3.2	<i>Separação entre formulação e implementação de políticas</i>	55
2.3.3.3	<i>Qualificação das equipes gestoras do contrato e desenvolvimento gerencial das OSSs</i>	56
2.3.3.4	<i>Autonomia, sustentação ambiental e coerência entre lógica fiscal e gerencial</i>	56
2.3.3.5	<i>Coordenação</i>	57
2.3.3.6	<i>Normalização dos sistemas de informação e avaliação dos resultados</i>	58
2.3.4	O caso do PAS: Plano de Atendimento à Saúde no Município de São Paulo	60
2.4	<i>A reforma do Estado no setor da saúde e a reforma sanitária no Brasil</i>	64
2.4.1	A reforma do sistema de saúde em São Paulo	79
2.5	<i>Parceria Estado-Terceiro Setor – Outro componente importante da reforma</i>	86
2.5.1	O Terceiro Setor no Brasil	93
2.5.2	O Terceiro Setor na saúde	94
2.5.3	O Terceiro Setor em São Paulo	98
2.5.4	Requisitos para o relacionamento entre o Estado e o Terceiro Setor	99

3.	Objetivos	108
3.1	<i>Objetivo geral</i>	109
3.2	<i>Objetivos específicos</i>	109
4.	Metodologia	110
4.1	<i>Categorias analíticas</i>	114
4.2	<i>Objeto de estudo</i>	115
4.3	<i>Estratégia de investigação</i>	116
4.4	<i>Limitações</i>	119
5.	Resultados	121
5.1	<i>O caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo – Breve histórico</i>	122
5.2	<i>O Processo de Negociação da Lei</i>	127
5.2.1	A legislação aprovada	128
5.3	<i>Caracterização dos Hospitais</i>	129
5.4	<i>O que pensam os parceiros</i>	142
5.4.1	Características das organizações e motivações	143
5.4.2	O relacionamento com a SES-OSS e com o Sistema de Saúde	151
5.4.3	A participação da comunidade	154
5.4.4	Ganhos institucionais	156
5.4.5	O novo contrato	161
5.5	<i>A municipalização</i>	164
5.6	<i>Questões específicas</i>	165
6.	Conclusões	169
7.	Referências Bibliográficas	181

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo pretende discutir a experiência de implantação de uma nova forma de relacionamento entre o Estado e as Organizações sem fins lucrativos, ora em desenvolvimento na Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo – a autorização para a gestão de hospitais públicos por Organizações Sociais, através de um contrato de gestão estabelecido entre as partes.

Pretende-se estudar esta experiência sob a ótica dos processos de Reforma do Estado, atualmente em curso no mundo, após a Crise do Estado do Bem-Estar Social, contextualizando-a para a situação nacional e para o setor da saúde.

Considerando que este caso específico é relativamente recente e ainda se encontra em fase de implantação, não pretendemos realizar avaliações definitivas de desempenho ou comparações entre estas Organizações Sociais e outras formas de relacionamento tradicionais entre o Estado e o setor privado no setor da saúde, em especial a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Nosso foco de estudo está mais direcionado à identificação, através do relato dos principais atores envolvidos neste processo, das motivações que levaram tanto a Secretaria como os parceiros envolvidos a firmarem esta nova forma de contrato, as

estratégias, facilidades e dificuldades encontradas para a sua implementação, as expectativas frente à continuidade da relação e, finalmente, as eventuais transformações ocorridas nestas organizações, tanto em termos de estruturas administrativas e organizacionais como de novos relacionamentos, em particular com a comunidade servida pelas instituições. Optamos por desenvolver este estudo apenas junto à direção institucional de ambos os lados – SES e instituições parceiras, considerando aqui tanto a alta direção da SES e das organizações envolvidas como os dirigentes regionais e diretores de hospitais que constroem o dia a dia e a operação da parceria. Como nosso foco esta centrado fundamentalmente na construção da parceria, na forma como ambos os parceiros enxergam e vivenciam este processo e, particularmente, nas facilidades ou dificuldades surgidas nesta relação, não foram envolvidos outros interessados, como população usuária, municípios, membros do Conselho Estadual de Saúde. Esta opção não se faz por desconsideração, na medida em que entender o ponto de vista destes atores seria fundamental para uma proposta de avaliação mais ampliada do desempenho destas organizações, inclusive para a compreensão da percepção do significado e do impacto desta parceria no conjunto da sociedade. Entretanto, a opção adotada nos permite identificar, na parte mais interna da relação, como os interesses expressos do governo e do agente privado se complementam e onde divergem, questões estas fundamentais para uma efetiva *accountability* das relações com o Estado, os prestadores privados e a sociedade, nos novos modelos de gestão hoje vigentes. Neste sentido, se perdemos algo em termos de avaliação geral e percepção do cenário, ganhamos em agilidade na realização do estudo e em especificidade na identificação de problemas, inclusive aqueles relacionados à inclusão ou não dos demais *stakeholders*.

No nosso entender, tal estudo tem particular importância na medida em que a implantação das Organizações Sociais, pretendendo dar flexibilidade e agilidade gerencial em áreas onde a atuação do Estado, ainda que não seja exclusiva, é particularmente importante

em função da incapacidade do mercado de resolver de maneira adequada as questões aí colocadas, principalmente em função de um fluxo de informações particularmente desigual, e onde atuações ineficazes ou orientadas exclusivamente pelo resultado financeiro teriam resultados sociais altamente indesejáveis. Nestes espaços, a parceria entre o Estado e as organizações públicas não estatais, através de um contrato de gestão, poderia representar uma alternativa para o estabelecimento de um espaço público onde a gerência dos serviços de saúde desenvolvidas com autonomia financeira e administrativa, voltadas para os resultados e para a sua clientela, permitiriam racionalizar a utilização dos recursos organizacionais e incrementar a prática de prestação de contas, associando responsabilidade na alocação de recursos a desempenho e resultados sociais.

Entretanto, em que pese a potencialidade desta forma de organização, poucas foram as Organizações Sociais que efetivamente se estabeleceram. No setor da saúde, em particular, as relações público-privado continuam sendo regidas pelas formas tradicionais estabelecidas por meio de contratos e convênios, onde praticamente tudo o que se negocia diz respeito à oferta de uma certa quantidade de serviços, mediante um determinado teto financeiro global, definido principalmente pelo perfil operacional do prestador e pelo valor da remuneração paga por procedimento, e não pelas necessidades de saúde da população de sua área de abrangência.

Por outro lado, a maior parte dos hospitais públicos estatais continua operando sob as regras burocráticas de funcionamento do setor, incapazes de dar respostas às demandas colocadas a serviços complexos como estes, com inúmeras funções e atividades a serem desenvolvidas, bem como com modificações constantes e contínuas da tecnologia, que não podem ser acompanhadas pelas regras rígidas de compras de materiais e equipamentos, contratação e reposição de pessoal, e gestão orçamentária.

Assim, pretendemos estudar esta experiência que se propõe viabilizar a gestão através das Organizações Sociais de Saúde (OSSs) (criadas através de uma legislação específica para o Estado de São Paulo), de 14 Hospitais Públicos de médio porte (250 leitos), com média complexidade, na periferia da Região Metropolitana da Grande São Paulo (12) e Interior (2), gerando 3.500 leitos em áreas altamente carentes de serviços de saúde. O período de estudo do trabalho vai de 1998, quando entraram em operação as primeiras OSSs, até 2002, quando se realizaram as últimas entrevistas, ainda que o último relatório consolidado referente ao desenvolvimento das parcerias se refira ao ano de 2001. Este estudo nos parece altamente relevante num momento em que a identificação de alternativas factíveis e eficazes de novas modalidades de gestão pública é cada vez mais necessária, frente à reforma incompleta em que se transformou a reforma do Estado no Brasil.

O presente trabalho, portanto, apresenta a seguinte estrutura: as concepções de reforma do Estado no mundo atual; o contexto nacional e a reforma do Estado no Brasil; a proposta das Organizações Sociais e o contrato de gestão; a reforma do setor da saúde e a reforma sanitária no Brasil, com ênfase nos movimentos de modernização da Secretaria de Estado da Saúde em São Paulo e o papel do setor filantrópico no Estado; as Organizações do Terceiro Setor e os princípios da parceria público-privado na área social; objetivos e metodologia de pesquisa; a proposta das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo – descrição do processo e estágio atual de implantação, resultados, conclusões e questões para desenvolvimento.

2 MARCO CONCEITUAL

2 MARCO CONCEITUAL

2.1 O CONTEXTO DA REFORMA DO ESTADO NOS ANOS 90

O final dos anos 70 e início dos 80 seria marcado por intensas críticas ao Estado, associadas à crise financeira dos países desenvolvidos, decorrente dos choques do petróleo; à crise política dos governos autoritários dos países em desenvolvimento, associada à expansão de suas dívidas externas e ao processo inflacionário a que estavam submetidos; e à desestruturação dos Estados socialistas. Era necessário reformar o Estado, reduzindo-lhe o tamanho, tornando-o mais ágil, flexível, eficiente e responsável frente à sociedade. Esta unanimidade em torno da necessidade de reforma não se reproduzia, entretanto, em relação ao diagnóstico da crise, da mesma forma que com referência às estratégias de reforma. (FLEURY, 2001)

Deste debate surgem três posições estratégicas relativas à reforma do Estado: por um lado, aqueles identificados como neoliberais, que defendem a redução do Estado ao mínimo, sempre que possível com sua substituição pelo mercado, embora com perda de direitos sociais. Por outro lado, aqueles identificados como sociais-liberais, que defendem um Estado forte e ágil e que assegure os direitos sociais, ainda que através de organizações

competitivas não estatais. Por fim, o paradigma socialista interpreta a crise como resultado do processo de dominação que por um lado gerou exclusão, mas também produziu novas formas de inclusão em um espaço público não dependente do Estado. Gerou uma esfera pública não estatal, auto-organizada e capaz de possibilitar inovação gerencial e criar novas formas administrativas, mais democráticas, denominadas co-gestão social, por ser um âmbito de poder compartilhado entre o Estado e a sociedade. (FLEURY, 2001)

DE VRIES (1999), ao discutir a evolução das concepções acerca das reformas do Estado vigentes na Europa desde o pós-guerra, identifica nas duas últimas décadas uma sequência entre a primeira e segunda concepções – a neoliberal e a social- liberal, a primeira mais prevalente nos anos 80 e a segunda mais forte a partir dos anos 90 – ajustando os excessos neoliberais e retomando o papel do Estado na coordenação das políticas sociais.

FARAH (1998), por sua vez, menos que tipologias, identifica duas grandes tendências de reforma: os neoliberais – que entendem ser o Estado o gerador da crise econômica e de sua própria crise, em função da intervenção excessiva, da ação estatal ineficiente, burocrática, corporativa, ineficaz e de baixa qualidade – pregam o livre funcionamento das forças de mercado e o desmantelamento do Estado do Bem-Estar Social, responsável, em função de suas características redistributivas, por retirar recursos de setores economicamente dinâmicos, destinando-os a setores apenas absorvedores de recursos. Na área social, pregam a privatização, a descentralização e a focalização, e portanto o Estado Mínimo.

Por outro lado, um setor considerado como progressista por DRAIBE & HENRIQUE (1988) – “autores que, em que pese suas divergências, partem do suposto valorativo da necessidade de se caminhar para graus cada vez menores de pobreza, desigualdade e justiça social”, e buscam caminhar no sentido da reconstrução do Estado de forma a adequar suas características aos desafios postos pela própria crise. Sob este ponto de vista, busca-se não eliminar ou reduzir radicalmente a intervenção do Estado na área social,

mas antes incluir formas complementares de provisão e reformar a ação do Estado (tido também como excessivamente burocrático, corporativo e ineficaz no atendimento de segmentos populacionais de mais baixa renda). Assim, deve-se buscar novas formas de relação com o setor privado, promover a redistribuição de poder através da descentralização (e não apenas transferir responsabilidades) e definir prioridades de ação em contextos de limites de recursos, concebendo políticas seletivas como complementares a políticas universais de caráter redistributivo, e políticas de desenvolvimento orientadas para a superação de desigualdades estruturais. Finalmente, recomenda-se também a reforma da máquina pública, buscando sua democratização interna, estímulo à inovação, descentralização, aproximação dos cidadãos, articulação com a sociedade civil, valorização dos recursos humanos e dignificação da função pública.

SPINK (1999), por sua vez, aponta que, embora as reformas possam ter seguido variadas direções, algumas delas socialmente indesejáveis, elas foram capazes de liberar processos sociais que fomentam articulações cooperativas e solidárias significativas nos níveis descentralizados de gestão.

Malgrado estas diferentes tendências ou propostas de reorganização do Estado, é necessário definir que funções se espera que este Estado a ser reformado cumpra de fato na sociedade.

O Estado, na concepção weberiana, detém o monopólio do uso legítimo da força. Entretanto, pode ser visto também como o poder político exercido de forma concentrada, autônoma e soberana, sobre um povo e um território através de um conjunto de instituições, um corpo de funcionários e procedimentos regulamentados. Entretanto, além de um poder político, o Estado representa também um campo estratégico de lutas, onde os atores se enfrentam e se reconstróem como sujeitos políticos. (BOBBIO, 2000) Assim, um processo de reforma institucional no Estado implica mudanças na distribuição do poder e nas

possibilidades de representação dos interesses dos diferentes atores e sujeitos políticos, econômicos e administrativos na sociedade.

OZLAK (1997), apud FLEURY (2001), identifica três planos de interação entre o Estado e a sociedade: o plano funcional, relativo à divisão social do trabalho; o plano material, referente à distribuição do excedente social; e o plano da dominação ou da correlação de poder. As regras relativas a cada uma destas áreas estão condicionadas pelas relações que são estabelecidas entre estes três planos.

Portanto, as transformações no âmbito do Estado vão exigir mudanças nas relações entre o Executivo, o Parlamento, a Justiça, agentes econômicos produtores, indivíduos e grupos sociais considerados como consumidores e cidadãos. Se a mudança for direcionada apenas para o aparelho administrativo executivo, será sempre limitada em suas capacidades e potencialidades para alterar a situação existente.

Por outro lado, a atual onda de mudanças não representa apenas uma modernização – ela se insere em uma transformação mais ampla, incluindo relações internas de poder, o modelo de desenvolvimento e a inserção na economia internacional. Nos países latino-americanos, a substituição do modelo agrário exportador pelo modelo de industrialização e substituição de importações exigiu a substituição de um Estado patrimonialista por um Estado burocrático/desenvolvimentista. O momento atual, sob o imperativo da economia globalizada, pode estar exigindo uma nova reconfiguração no interior deste Estado.

Vale aqui considerar alguns aspectos da globalização. Quando se fala em globalização, podem ser identificados vários níveis de significados: o técnico – relativo à implantação de novas tecnologias, e à elaboração e transferência de informações; o político – ao término da guerra fria, com a vitória do modelo democrático liberal; o ideológico-cultural – à universalização de valores e do consumo capitalista; o econômico – à liberação do tráfico

de mercadorias, serviços, dinheiro e capitais, mas não da força de trabalho; e a internacionalização da produção e dominação das empresas multinacionais (CHERCHIGLIA, 1999).

Para KURZ (1998), a crise proveniente da globalização também pode ser descrita em diferentes níveis. Socialmente, é consequência da revolução provocada pela microeletrônica, promovendo uma crise global no mercado de trabalho, onde o desemprego em massa, anteriormente cíclico, passa a ser estrutural e possivelmente crescente.

Economicamente, apresenta uma estagnação relativa de investimentos reais, na medida em que, dado o drástico aumento da produtividade, aumentos adicionais das capacidades produtivas podem não ser rentáveis. O capital não utilizado se direciona para o mercado financeiro e se torna independente, promovendo um desatrelamento do capital financeiro da economia real, permitindo ganhos fictícios de valor através de processos especulativos. Por outro lado, apresenta-se uma acumulação de dívidas dos Estados, de pessoas jurídicas e pessoas físicas, constituindo uma crise especulativa e de dívidas.

Politicamente, a crise se revela como o esvaziamento da soberania do Estado, em função das dívidas internas e externas que só podem ser pagas com muito esforço, na medida que as receitas provenientes dos impostos tornam-se menores devido à crise no mercado de trabalho. Por outro lado, devido à micro-eletrônica, o Estado não consegue regular adequadamente os fluxos do capital globalizado, dificultando a coerência das políticas econômica e fiscal.

Culturalmente, ocorre a dissolução das formas de vida coletivas do período industrial, levando a uma individualização das decisões sociais, promovendo a “dessocialização” e a “dessolidarização” dos homens. Finalmente, apresenta-se uma crise ecológica, com a destruição das bases naturais da existência.

Neste sentido, o Estado globalizado passa a apresentar novas características: seu propósito funcional passa a tornar ótimas as condições de rentabilidade do capital nacional em relação à acumulação globalizada, em contínua competição com outros lugares ótimos. O crescimento econômico passa a se desvincular do crescente bem-estar da população; estruturalmente, ocorre um processo de redução da importância da democracia liberal, na medida em que decisões políticas importantes são negociadas entre governos e consórcios multinacionais, separadas do processo de formulação de vontades e interesses construído junto à população. (HIRSH, 1996)

Assim, a globalização, ao invés de impor um Estado mínimo, requereria a revitalização das estruturas estatais, de forma a maximizar sua eficiência na execução das reformas necessárias e na gestão do processo de inserção interna. Requereria ainda uma ruptura com o estilo tecnocrático de governo, responsável pelo agravamento do hiato do Estado em relação à sociedade e à representação dos seus interesses. (DINIZ, 2000)

Por outro lado, mesmo frente aos desafios da globalização, existem funções essenciais que precisam ser mantidas ou restauradas: a defesa do território e da soberania nacional; a construção de uma comunidade nacional, incluindo todos os cidadãos no processo político e econômico; a inserção vantajosa do país no cenário internacional; a redução das diferenças regionais e das desigualdades entre os cidadãos; a implementação de um modelo sustentável de desenvolvimento social e econômico. (FLEURY, 2001)

Em que pese tais desafios, as reformas administrativas têm apresentado até o momento diversas configurações. Entretanto, o marco comum de onde se delineiam as tendências gerais das reformas atuais implica numa redução da intervenção estatal e na busca de governos mais eficientes.

2.1.1 ORIENTAÇÕES TEÓRICAS DA REFORMA

Três referenciais tem sido importantes na orientação das reformas administrativas ou, ao menos, na elaboração dos projetos de reforma.

Teoria da escolha racional: a teoria da escolha racional vem crescendo de forma significativa na explicação do comportamento humano. Pressupõe que as pessoas definem suas ações em função daquilo que preferem ou acreditam ser melhor. Neste sentido, as decisões racionais estão baseadas em cálculos de custo-benefício individuais e nas decisões interdependentes no domínio conhecido como teoria dos jogos.

Teoria da agência: a teoria da agência incorpora a teoria da escolha racional dirigida aos agentes econômicos, atuando em mercados imperfeitos e com graus diferenciados de informação. Frente a agentes que buscam sempre maximizar seus interesses, a questão é como identificar instituições específicas que possam induzir os diferentes agentes individuais – agentes econômicos, políticos ou burocratas – a se comportarem de forma a beneficiar a coletividade.

O problema da agência sempre se coloca quando o “*principal*” contrata outro agente ou organização para desempenhar algum serviço que necessita de delegação de algum tipo de autoridade decisória do *principal* para o “*agent*”. A problema está em garantir que o *principal* seja servido lealmente, e que o *agent* seja compensado justamente. Considerando, pela teoria da escolha racional, que os gerentes estarão sempre tentados a atuar em favor de seus próprios interesses, e não em favor das organizações que os contrata, a questão é como controlar/punir os agentes oportunistas que pretendam capturar as organizações para seus próprios fins e incentivá-los a atuar na direção desejada.

Neste sentido, algumas ações são importantes: aumentar o fluxo de informações para o *principal* através de indicadores de desempenho; aumentar a prestação de contas e

especificar de forma clara os objetivos; contratar no mercado, na medida em que a competição atua como disciplinador dos *agents*; e estabelecer contratos formais. Outro elemento importante deste processo é ter capacidade para separar com clareza as funções dos *principals* daquelas dos *agents*, de forma a permitir o estabelecimento de regras contratuais claras entre eles.

No campo das atividades públicas, os interessados últimos são os eleitores. Aqui existe uma dificuldade significativa para que estes possam exercer o seu papel de *principal*, seja diretamente ou através de uma cadeia de relações *principal-agent*. Este encadeamento permite três tipos de relação: a que se estabelece entre burocracia/governo e agentes privados, quando o governo representa o interesse dos eleitores, define e regula o que o agente econômico deve realizar em prol do bem coletivo; a que se estabelece entre políticos e burocracia, na qual o político – representante do eleitor – define as prioridades de governo e fiscaliza o desempenho da burocracia; e a relação entre eleitor e político, na qual o eleitor, através das eleições, aceita ou rejeita a administração realizada e aprova ou rejeita as novas propostas apresentadas. (PRZEWORSKI, 1998)

Neste processo, o Estado tende a se transformar em um conjunto de agências que se relacionam através de contratos com outras agências, públicas ou privadas. Assim, no desafio de tornar as burocracias públicas mais ágeis e eficazes, mais próximas das burocracias privadas, deve-se acabar com os monopólios, introduzindo a competição através de mercados ou quase-mercados em todos os níveis possíveis, bem como promovendo a definição de responsabilidades e a discriminação de produtos por meio dos quais possam ser avaliados os desempenhos e atribuídos incentivos e remunerações (contratualismo).

Neoinstitucionalismo: o neoinstitucionalismo, mais que uma corrente estruturada da ciência política, subdivide-se em várias subcorrentes que têm como aspecto comum o estudo dos processos políticos, tendo como variável explicativa as instituições.

(FERNANDES, 2002). Uma forte corrente se relaciona à teoria da escolha racional e da agência, identificando que as imperfeições do mercado requerem o estabelecimento de regras que organizem a ação coletiva. Assim, as instituições seriam definidas como regras, formais ou informais, idealizadas para dar ordem ou reduzir incertezas nas relações. (NORTH, 1991 apud FLEURY, 2001). Portanto, as instituições (regras do jogo) e as organizações (divisão de tarefas entre os agentes que participam) afetam o desempenho da economia, na medida em que, ao dar forma e estruturar as interações humanas, reduzem incertezas e induzem a cooperação, diminuindo os custos de transação. Neste sentido, as diferenças de desempenho econômico entre os diferentes países num mesmo patamar produtivo e comercial, mesmo frente à globalização e à integração dos mercados, poderiam ser explicadas em função das diferenças de fatores culturais e institucionais presentes em cada sociedade.

Neo-institucionalistas históricos e sociológicos, revendo a abordagem da escolha racional, desenvolveram uma abordagem que procura entender as instituições como processos culturais que respondem à continuidade das normas, valores e crenças adquiridos ao longo do tempo. As instituições não seriam apenas fruto de um jogo de incentivos, punições e escolhas individuais, mas seriam processos dinâmicos, sensíveis ao ambiente circundante. Neste sentido, as respostas dadas pelas escolhas racionais aos problemas relativos aos dilemas da ação coletiva seriam complementadas com argumentos relativos aos processos históricos e culturais, e aos incentivos sociais que influenciam o comportamento institucional e dos atores na ação coletiva. (FERNANDES, 2002)

Um importante estudo neoinstitucionalista histórico foi aquele desenvolvido por PUTNAM (1996). Ao estudar por mais de 20 anos o processo de descentralização do governo italiano, este autor identificou uma forte correlação positiva entre modernidade econômica e desempenho institucional, e também que o desempenho institucional tem forte correlação com a natureza da vida cívica. Esta tradição de vida cívica seria a geradora de capital social, que

pode ser compreendido como as conexões entre os indivíduos – redes sociais e normas de reciprocidade e confiança que facilitam a coordenação e a cooperação para benefícios mútuos, que aumentam a produção de capital físico e capital humano. Interessante na sua abordagem foi trazer o foco da sua avaliação para os produtos e não para o resultado dos indicadores. Putnam procurou estudar mais a forma de operação das políticas públicas e as articulações entre os agentes dela decorrentes (seu *modus operandi*) do que especificamente seus resultados sociais. Para ele, os resultados sociais nas sociedades democráticas são influenciados por muitas coisas além do governo, e uma análise institucional relacionada ao governo deveria dar ênfase aos resultados mais diretamente decorrentes da sua atuação, que passam, entre outros, pela capacidade de promover este capital social, promovendo a normalização do espaço público e a cooperação com e entre as associações cívicas. (PUTNAM, 1996).

De um ponto de vista mais geral, a mudança de foco das teorias de desenvolvimento para as organizações e instituições leva a se enxergar a reforma do Estado pelo ângulo da governabilidade/governança, enfatizando reformas que fortaleçam a democracia e o mercado.

Neste sentido, um tema que ganha relevância dentro do neo-institucionalismo é o tema da corrupção, que passou a ser visto como uma ameaça aos bens públicos transcendentais, como um mercado competitivo e a existência da democracia, gerando uma situação de crise de legitimidade do sistema, produção de ineficiências econômicas e ruptura da equidade social.

O combate à corrupção passou a ser visto como a construção de instituições, formais ou não, que induzam os agentes sociais a comportamentos cooperativos que afetem o bom desempenho da economia e da política. Neste processo de reformas de segunda geração, pós-neoliberalismo, o desempenho econômico social passa ser visto como produto não apenas

dos recursos investidos na economia, mas também do estoque de capital social acumulado na sociedade, como fruto das interações e participações dos cidadãos nas redes existentes. (PUTNAM, 1996)

A grande questão que se apresenta, no entanto, diz respeito ao fato de que os valores compartilhados e o espírito cívico não podem ser criados administrativamente são decorrentes de práticas sociais longamente desenvolvidas, ainda que caiba aos governos serem capazes de fomentá-las. Por outro lado, em situações com nível muito elevado de desigualdade na distribuição de recursos, torna-se mais difícil induzir possibilidades de consensos mais amplos, a não ser que tais consensos se construam em torno de valores muito elementares.

2.1.2 MODELOS DA REFORMA

A Administração Pública Gerencial (APG), ou novo gerencialismo, caracteriza-se como o principal modelo das reformas desenvolvidas a partir dos anos 90. A APG baseia-se em um conjunto de discussões relativas à transição de um aparelho estatal burocrático da administração pública para um paradigma gerencial que considere as transformações do meio e incorpore instrumentos gerenciais testados no mercado.

A idéia fundamental aponta para a incapacidade da administração burocrática dar conta da complexidade crescente das atividades coletivas, e portanto passa a ser fundamental dar ao gerente maior capacidade de intervenção, com liberdade para tomar decisões rápidas, ter autonomia, flexibilidade, maior capacidade para lidar com informações, maior discricionariedade, compensada por responsabilidade e compromisso com relação aos resultados.

Tal perspectiva se contrapõe ao paradigma burocrático. Este surgiu como alternativa à administração patrimonialista, onde a propriedade privada e o Estado se confundiam na figura de reis e nobres, gerando corrupção e nepotismo. Com o desenvolvimento do capitalismo e da democracia, foi necessário estabelecer uma distinção clara entre res pública e bens privados.

Conforme afirma BRESSER PEREIRA (1998):

A democracia e a administração pública burocrática se desenvolveram como as principais instituições para proteger o patrimônio público contra a privatização do Estado. Democracia é o instrumento político que protege os direitos civis contra a tirania, que assegura os direitos sociais contra a exploração e que afirma os direitos públicos em oposição aos *rent-seeking*. Burocracia é a instituição administrativa que usa, como instrumento para combater o nepotismo e a corrupção – dois traços inerentes à administração patrimonialista –, os princípios de um serviço público profissional e de um sistema administrativo impessoal, formal e racional.

Entretanto, o paradigma burocrático tem como características o apego a regras e procedimentos rígidos que impediriam teoricamente a apropriação do bem público, o distanciamento das necessidades dos clientes, a dificuldade em se responsabilizar-se pelos resultados. Seus mecanismos de ação e decisão, baseados na hierarquia, na obediência e na especialização, bem como sua capacidade de se comprometer com interesses corporativos em detrimento dos interesses públicos, e sua incapacidade de evitar a apropriação indevida do bem público (a apropriação privada do patrimônio público tornou-se muito mais sofisticada), associada ao seu viés centralizador, seu pressuposto de ser gerente absoluto da racionalidade, tornam este modelo inadequado para enfrentar as necessidades de gestão atuais.

É a partir dos anos 90 que este ideário passa a ganhar força, particularmente com as vitórias democratas nos Estados Unidos e trabalhista na Grã-Bretanha, e com a incorporação de um discurso mais crítico do neoliberalismo de Reagan e Thatcher. Neste sentido, a relação Estado-sociedade passa a ser vista dentro de uma perspectiva de co-

responsabilidade na produção de riquezas e de satisfação das demandas sociais, com o Estado assumindo a responsabilidade de oferecer oportunidades iguais a todos mediante políticas econômicas, educacionais, de estímulo ao mercado e incentivos de parcerias com a sociedade civil, no enfrentamento das iniquidades sociais. (CARNEIRO JR., 2002)

A tendência identificada por DE VRIES (1999) para o conjunto das políticas públicas europeias também aponta para este fortalecimento do papel do Estado na auscultação e satisfação das necessidades diretas das comunidades, conforme pode ser visto no quadro abaixo, em comparação com as políticas desenvolvidas nos anos 80.

VISÃO GERAL DAS GERAÇÕES DE POLÍTICAS

Período	Visão Geral	
1981-1992	Valores dominantes:	Eficiência: elaboração de políticas públicas restringidas e que têm de responder às necessidades de mercado livre
	Objetivo principal:	Responder às necessidades financeiras do governo e do mercado
	Efeito da política:	Aumentar o desenvolvimento econômico e o desempenho do mercado
	Ênfase:	Na redução dos custos na área das políticas públicas
	Instrumentos:	Desregulação, descentralização e privatização, e instrumentos de mercado
	Critérios de sucesso:	A qualidade é determinada especialmente pelo preço das políticas
1993 -	Valores Dominantes:	Reformulação da missão do governo; elaboração de políticas públicas compreendidas como um processo facilitador, de criação de situações ganha-ganha; remoção de obstáculos para decisões rápidas
	Objetivo principal:	Reestruturar a sociedade. Responder às necessidades diretas das regiões dentro da sociedade
	Efeito da política:	As políticas são formuladas de maneira ad hoc
	Ênfase:	No resultado, enquanto determinação e capacidade de executar
	Instrumentos:	Monitoramento, estudos de impacto, contratos, diminuição do número de comitês consultivos e procedimentos participativos. Aumenta a participação de representantes eleitos locais na definição das políticas
	Critérios de sucesso:	A qualidade é determinada pela capacidade das políticas de resolver os problemas mais urgentes que o governo enfrenta (refugiados, problemas sociais de uma comunidade)

*Adaptado de DE VRIES (1999).

A "nova administração pública" é caracterizada pela incorporação, no setor público, de um conjunto de conceitos e técnicas gerados nas empresas privadas. FERLIE et al. (1999) também identificam diferenças na evolução das concepções que deram origem ao novo gerencialismo na Inglaterra, caracterizando aí quatro modelos: o **modelo efficientista**, que preconiza a aproximação entre os serviços públicos e privados, através da introdução de padrões de eficiência desenvolvidos pelo setor privado, introdução de sistemas de custos e auditoria, poder da administração superior, estabelecimento de objetivos claros, monitoramento de desempenho dos níveis descentralizados e desregulamentação do mercado de trabalho – foi o modelo predominante durante a primeira metade dos anos 80; o **modelo de downsizing e descentralização**, baseado na separação entre financiamento público e prestadores autônomos (paramercados), no surgimento de organizações separadas para compra e prestação de serviços, na mudança da gestão hierárquica para a gestão por contratos, na redução drástica das folhas de pagamento para o setor público, e em maior flexibilidade; o **modelo da excelência**, que ressalta a valorização da escola de relações humanas, enfatiza o papel dos valores, culturas, ritos e símbolos e a maneira como as pessoas se comportam no trabalho, dá ênfase ao desenvolvimento organizacional e à aprendizagem, a programas gerenciados de mudança cultural, ao treinamento corporativo e a uma função da gestão de recursos humanos mais firme e estratégica; o **modelo de orientação para o serviço público**, que enfatiza a preservação da responsabilidade dos serviços para usuários locais e cidadãos, e a preocupação com a qualidade do serviço (discutiremos este modelo mais adiante).

Neste sentido, para DI PIETRO (1997) apud CARNEIRO JR. (2002):

(...) o que muda é principalmente a **ideologia**, é a forma de conceber o Estado e a Administração Pública. Não se quer mais o Estado prestador de serviços; quer-se o Estado que estimula, que ajuda, que subsidia a iniciativa privada; quer-se a democratização da Administração Pública pela participação dos cidadãos nos órgãos de deliberação e de consulta e pela colaboração entre o público e privado na realização das atividades administrativas do Estado; quer-se a diminuição do

tamanho do Estado para que a atuação do particular ganhe espaço; quer-se a flexibilização dos rígidos modos de atuação da Administração Pública, para permitir maior eficiência; quer-se a parceria entre o público e o privado para substituir-se a Administração Pública dos atos unilaterais, a Administração Pública autoritária, verticalizada, hierarquizada.

Na perspectiva da Administração Pública Gerencial, algumas etapas são necessárias para se passar de um modelo de administração burocrática a um estilo gerencial. São elas: a separação entre funções políticas e administrativas (o desenho das políticas e sua execução); a distinção entre as atividades exclusivas do Estado (formulação de políticas, arrecadação e regulação) das atividades que podem ser realizadas por outros agentes; a transferência da ênfase nos controles dos procedimentos para a ênfase nos produtos; a atribuição clara de responsabilidades (contratualismo); e a definição de formas de prestação de contas (*accountability*).

Na reforma australiana, o paradigma do novo gerencialismo é constituído de oito elementos: redução de custos e busca de uma maior transparência na distribuição de recursos; desagregação das organizações burocráticas tradicionais em agências separadas, relacionadas por contratos; separação entre comprador e prestador de serviços; introdução de mecanismos de mercado ou quase-mercados; descentralização gerencial; introdução da gestão de desempenho; novas políticas de pessoal, trocando o emprego público permanente e padrões nacionais de remuneração por contratos de tempo determinado, com pagamentos relacionados a desempenho e relacionados às condições econômicas locais; aumento da ênfase na qualidade, focada na satisfação do consumidor.

Nesse sentido, o movimento de reforma do Estado nos anos recentes expõe e recoloca a questão da gestão pública nesse ideário quando centraliza a função reguladora estatal, embora esteja apresentada pela perspectiva técnica, de conteúdo racionalizador e com ênfase nos meios, mobilizando tecnologias organizacionais eficientes. No ideário dessa

reforma, a dimensão política da gestão, ou seja, a regulação do conflito entre as lógicas pública e privada, é secundária. (CARNEIRO JR., 2002; CHERCHIGLIA, 2002)

Varias críticas vêm sendo dirigidas a esta concepção de Estado empresarial. Para MINTZBERG (1996), a relação entre empresa e cliente é distinta da relação entre governo e cidadão. A excessiva ênfase no Estado Empresarial pode acabar por deixar de reconhecer direitos que transcendem ao consumo. Por outro lado, as atividades desenvolvidas pelo Estado freqüentemente não podem ser separadas entre si definindo-se uma única autoridade direta pelo seu desenvolvimento, dependendo de ações articuladas entre o governo, bem como grande parte dos serviços públicos não podem ser avaliados através de mensurações objetivas. Em que pese a importância de se adotar iniciativas que favoreçam a agilidade dos governos, existem atividades que devem seguir sendo dirigidas, de forma mais cuidadosa e responsável, por servidores do Estado, e também através de parcerias com organizações cooperativadas ou mutualistas, baseadas nos compromissos e valores de seus componentes.

2.1.3 A PERSPECTIVA DEMOCRATIZANTE

Conforme foi discutido no início desta seção, alguns movimentos, ou autores, começam a questionar o enfoque excessivamente eficientista das reformas, preocupadas em demasia com o desempenho da organização, em detrimento dos resultados sociais efetivamente alcançados, bem como da inclusão efetiva que este Estado seja capaz de promover na direção da democratização da sua gestão. Tal enfoque mais democratizante, ainda que não esteja suficientemente desenvolvido, apresenta várias vertentes.

A própria Administração Pública Gerencial da Inglaterra, no **modelo de orientação para o serviço público** discutido por FERLIE (1999), aponta intensamente nesta direção. Representa a fusão de idéias de gestão dos setores público e privado, a revitalização

dos administradores do setor público por meio do delineamento de uma missão de serviço público diferente, mas compatível com as noções adquiridas sobre administração de alta qualidade derivadas do setor privado. Esta nova variante inclui uma forte ênfase na preservação da responsabilidade dos serviços para usuários locais e cidadãos. Apresenta como indicadores uma forte preocupação com a qualidade do serviço (gerenciamento para a qualidade total, por exemplo), porém voltada para a missão de alcançar a excelência dos serviços; recupera as preocupações e os valores dos usuários no processo de gestão – fortalecendo o conceito de cidadania e de direitos associados e não do usuário como simples consumidor; há um desejo de trazer de volta o poder dos grupos eleitos localmente, em detrimento daqueles nomeados; há uma descrença quanto ao papel dos mercados nos serviços públicos; desenvolve-se a preocupação com o desenvolvimento de aprendizagem social e do envolvimento com a comunidade, além da prestação de serviços de rotina (integração com a comunidade); recuperam-se valores públicos e o fomento de políticas públicas voltadas para o gerenciamento da prestação de serviços públicos coletivos; e há uma grande ênfase na garantia da participação e responsabilidade, como sendo preocupações legítimas do setor público.

Um outro enfoque para esta corrente é trazida por FLEURY (2001), ao identificar propostas de autores que, reconhecendo a crise do Estado, enfatizam as transformações políticas e tecnológicas do seu entorno, no sentido da construção de alternativas que avancem rumo à sua democratização.

Frente às transformações tecnológicas e às modificações socioculturais recentes, propõe-se a valorização do conhecimento e da aprendizagem como ferramentas estratégicas para a transformação da gerência pública em algo flexível e adaptativo. A complexidade atual exigiria uma nova perspectiva de gerência estratégica, cooperativa, democrática, participativa e solidária. (NOGUEIRA, 1998) Deveria ser, portanto, um Estado capaz de trabalhar em rede,

com um funcionamento flexível e numa arquitetura política capaz de processar informações e assegurar um processo de tomadas de decisão compartilhadas.

Isto significa também orientar o setor público não apenas para a eficiência e a efetividade, mas primordialmente para o combate à exclusão social e o desenvolvimento de medidas efetivas de inclusão e de promoção da cidadania.

Seria necessário, portanto, desenvolver toda uma nova tecnologia de gestão que fosse capaz de subordinar as políticas estatais a critérios objetivos de justiça distributiva, o que implica em desenvolver regras universais de participação e critérios objetivos e impessoais na definição de prioridades. Outro elemento importante seria o estabelecimento de um processo decisório que envolvesse a negociação entre as partes, de forma a superar o poder burocrático por um poder compartilhado, bem como criar mecanismos ágeis capazes de dar visibilidade pública às ações e desenvolver mecanismos de exposição e rendição das contas, possibilitando o controle público sobre os governantes. (FEDOZZI, 1997)

FARAH (1999), embora identificando que persiste no país uma forte desconfiança em relação à ação estatal, aponta para um significativo fortalecimento dos níveis subnacionais, principalmente nos municipais, onde vêm se construindo diversas iniciativas bem sucedidas de parcerias entre a sociedade civil e o Estado. Este crescimento, ao longo dos anos 90, é decorrente de um conjunto de fatores: transferências de atribuições e competências, do governo federal e estadual para a esfera municipal, bem como o aumento significativo da participação municipal na repartição dos recursos fiscais, obedecendo a princípios constitucionais; respostas a reivindicações da sociedade civil para a descentralização das políticas sociais; maior proximidade do governo local com as demandas da população, o que passa a ser significativo num quadro democrático; a insuficiência das respostas de mercado como alternativas à retração do Estado no nível federal e a necessidade de respostas no nível local. Apesar de o processo de descentralização não possibilitar per se a superação de práticas

clientelistas tradicionais, ele possibilita, pelo menos, uma maior visibilidade e o controle público sobre elas.

Este movimento, que parece estar contribuindo para o desenvolvimento de uma maior competência gerencial nos níveis subnacionais (VIANA, 2002) e uma maior incorporação de serviços à população (COSTA & PINTO, 2002), vem possibilitando também o desenvolvimento de novas formas de gestão, novos processos decisórios e novas formas de provisão de serviços públicos. (FARAH, 1998)

2.2 O PLANO DA REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO

No contexto nacional, a crise do Estado de Bem-Estar Social se desenvolve ao lado de uma crise política significativa. Em meados dos anos 70, a crise do petróleo vai atingir em cheio o modelo de desenvolvimento nacional, baseado em um estado tecnocrático, com forte intervenção e participação nos setores produtivos, centralizador e autoritário, financiado por empréstimos externos até então a juros baixos, e pelo fomento da indústria de produção de bens de consumo duráveis, sustentado pelo consumo de uma classe média emergente. (MÉDICI, 1994)

Com a explosão dos juros, o endividamento do Estado, a retomada do processo inflacionário e o arrocho salarial sobre o pólo consumidor da economia, o modelo se desorganiza. Neste momento, no entanto, as críticas de então se direcionam não a uma discussão da crise da regulação da produção vigente até então de âmbito mundial, com suas consequências sobre os países do Terceiro Mundo, mas fundamentalmente à crise do modelo de desenvolvimento gerador de desigualdades, autoritário e incapaz de promover a cidadania.

Trata-se, num primeiro momento, de uma crise de governo, uma crise política mais relacionada à forma de gerir o Estado, do que de uma crise relacionada ao papel do Estado na economia. Esta crise política teve, durante os anos 80/90, três momentos: a crise do regime militar – uma crise de legitimidade –, resolvida através da transição democrática; a crise populista da Nova República, resolvida através da promulgação da Constituição de 1988; e, finalmente, a crise moral que levou ao impeachment de Collor. (BRESSER PEREIRA, 1998) Assim é que, no processo de transição democrática, têm início a partir de então os governos de oposição eleitos em 1982, que tinham como proposta básica a descentralização, a participação e a geração de empregos.

A década de 80, com a estagflação econômica e os planos de salvação implementados, vai conviver com uma efervescência política e com uma luta pela garantia dos direitos políticos e depois pela incorporação de direitos sociais sem precedentes. É importante notar, inclusive, que, apesar da assim chamada “década perdida”, grande parte dos indicadores sociais, particularmente os indicadores de saúde, melhoraram no período. (MONTEIRO, 1995) Este paradoxo, que ainda está por ser melhor esclarecido, parece ter sido sustentado também pela expansão do acesso a serviços da área social, no processo de “universalização excludente” desencadeado pelo regime, articulado a um investimento e a uma incorporação importante de ações sociais desenvolvidas pelos governos de oposição – e depois da situação – eleitos ao longo da década.

Esta década, no entanto, iria conviver com três outras crises: a crise fiscal, caracterizada pela perda do crédito público e por poupança pública negativa; a crise do modo de intervenção do Estado na economia, caracterizada pelo esgotamento do modelo protecionista de substituição de exportações – que vai se acelerar com o processo de globalização; e a crise da forma burocrática de administrar o Estado. (BRESSER PEREIRA, 1998) A crise fiscal foi enfrentada de forma desconexa, ora com o incremento do gasto

público e reajustes salariais acompanhando a inflação, ora com choques heterodoxos, ora com políticas fiscais mais duras – e portanto não obteve sucesso; a crise do modelo de substituição de importações também não teve resposta, na medida em que não se elaborou nenhuma outra alternativa; e continuou-se com o modelo protecionista.

Por outro lado, a Constituição de 1988, a chamada “Constituição Cidadã”, viria garantir direitos sociais à população brasileira, próprios de um Estado de Bem-Estar Social, em pleno processo de revisão mundial desta forma de atuação do Estado. Entretanto, como reação à apropriação patrimonialista do Estado no início do processo de redemocratização, e associada a uma aliança com a alta burocracia estabelecida, a Constituição, ao invés de construir uma proposta para uma administração pública moderna, buscou eliminar as alternativas de flexibilização existentes na burocracia pública brasileira, conferidas pelo Decreto Lei 200, que criava autarquias e fundações de direito público, com autonomia na gestão de pessoal e na utilização orçamentária. A Constituição, pelo contrário, equiparou todos os organismos do Estado à administração direta e estabeleceu o Regime Jurídico Único para todo o funcionalismo, além de incorporar ao Estado cerca de 400.000 celetistas que atuavam em fundações e autarquias e passaram a ser estatutários, com estabilidade e direito a aposentadoria integral. (BRESSER PEREIRA, 1998; DI PIETRO, 1997; ALVES, 2000)

Os anos 90 vão encontrar o Estado nacional esgotado financeiramente e desorganizado estruturalmente, e ao mesmo tempo comprometido política e socialmente com uma enorme dívida social.

É neste momento que começa a entrar na agenda política não apenas a preocupação com o resgate da cidadania, mas também com a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações do Estado. (FARAH, 1999)

A desordem institucional, bem como as propostas de reforma desencadeadas, não foram capazes de enfrentar a crise fiscal que persistia durante o governo Collor. Após o

impeachment, a relativa estabilização econômica alcançada pelo Plano Real permite, no início do governo Fernando Henrique, o desenvolvimento de uma proposta mais estruturada de Reforma do Aparelho do Estado.

No plano internacional, as políticas duras orientadas para o ajuste estrutural, o controle do déficit público e da inflação, as privatizações, a desregulamentação e o reconhecimento do colapso do Estado-providência, e conseqüentemente para a redução da proteção social, além de terem apresentado vários fracassos desencadearam fortes resistências e forte instabilidade política em alguns países que adotaram o receituário.(UGÁ, 1997) Esta instabilidade política, associada à inefetividade da implementação da política em função da desestruturação do Estado, vão colocar em andamento novas propostas que, ainda que não mudassem significativamente o receituário econômico, vão incorporar uma dimensão mais humana – programas de focalização, voltados para os mais pobres, e a construção de condições que possibilitem maior governabilidade (capacidade de elaboração e legitimação das políticas) e sua implementação (governança).

Neste sentido, a proposta da reforma do aparelho do Estado no Brasil é uma proposta voltada para enfrentar a crise da governança, ou seja, da baixa capacidade dos governos de tornar realidade as decisões políticas públicas devido ao elevado grau de insulamento da burocracia e à inexistência de mecanismos de flexibilização da gestão. (BREISSER PEREIRA, 1998) Ao localizar a crise do Estado como decorrência, por um lado, de uma crise fiscal resultante dos níveis negativos da poupança pública e do excessivo endividamento público, e, por outro, do desenho institucional do Estado, burocrático e interventor, constituíram-se a legitimidade e a sustentabilidade necessárias para as intervenções realizadas ao longo da década de 90. (COSTA & MELO, 1998)

Este diagnóstico levaria a cinco processos básicos de reforma do Estado brasileiro: o ajuste fiscal duradouro; a implementação de reformas econômicas voltadas para

o mercado que, associadas a uma política industrial e tecnológica, garantiriam concorrência interna e competitividade internacional; a reforma da previdência social; a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e melhor qualidade aos serviços sociais; e a reforma do aparelho do Estado para aumentar sua governança. (CHERCHIGLIA, 1999)

Vamos apresentar adiante os princípios e a estrutura propostos para esta reforma.

No Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado, o aparelho do Estado é definido como sendo “a administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado em seus três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, Estados membros e municípios), compreendendo a cúpula dirigente dos três poderes, um corpo de funcionários e a força militar. O Estado compreende, adicionalmente, o sistema constitucional legal, que tem o monopólio da violência legal, o poder de legislar e tributar a população de um território.” (MARE, 1995)

O Plano de Reforma, além de tratar da reforma do aparelho do Estado, vai tratar também – e fundamentalmente – das novas funções a serem assumidas pelo Estado, ao considerar que este “deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços, para se fortalecer na função de promotor e regulador do desenvolvimento.” (MARE, 1995)

Na concepção de BRESSER PEREIRA (1997), o Estado será um Estado Social-Liberal: “social porque continuará a proteger os direitos sociais e a promover o desenvolvimento econômico; liberal porque o fará usando mais os controles de mercado, porque realizará seus serviços sociais através de organizações públicas não estatais competitivas, porque tornará os mercados de trabalho mais flexíveis, porque promoverá a capacitação de seus recursos humanos e de suas empresas para a inovação e a competição

internacional”. É, portanto, “um Estado regulador e transferidor de recursos, não um Estado executor.” (BRESSER PEREIRA, 1998)

O processo de reforma deveria contemplar 4 componentes básicos:

- “a delimitação das funções do Estado, reduzindo o seu tamanho, principalmente em termos de pessoal, através de programas de privatização, terceirização e publicização;
- a redução do grau de interferência do Estado ao efetivamente necessário, através de programas de desregulação que aumentem o recurso aos mecanismos de controle via mercado, transformando o Estado em um promotor da capacidade de competição do país no nível internacional, ao invés de protetor da economia nacional contra a competição internacional;
- aumento da governança do Estado, ou seja, de sua capacidade de tornar efetivas as decisões de governo, através do ajuste fiscal, que devolve a autonomia financeira ao Estado, da reforma administrativa rumo a uma administração pública gerencial (ao invés de burocrática) e a separação dentro do Estado, ao nível das atividades exclusivas do Estado, entre a formulação de políticas públicas e sua execução;
- aumento da governabilidade, ou seja, do poder do governo graças à existência de instituições públicas que garantam uma melhor intermediação de interesses e tornem mais legítimos e democráticos os governos, aperfeiçoando a democracia representativa e abrindo espaço para o controle social da democracia direta.”

Teria, portanto, como objetivos:

- recuperar a poupança pública e superar a crise fiscal;
- redefinir as formas de intervenção no econômico e no social;
- modernizar a administração pública burocrática transformando-a em gerencial.

(BRESSER PEREIRA, 1997)

BRESSER PEREIRA (1997) definiu as principais características da administração pública gerencial que nortearam a reforma da administrativa brasileira: a) orientação da ação do Estado para o cidadão-usuário ou cidadão-cliente; b) ênfase no controle dos resultados através dos contratos de gestão (ao invés de controle dos procedimentos); c) fortalecimento e aumento da autonomia da burocracia estatal, organizada em carreiras ou “corpos” de Estado, e valorização do seu trabalho técnico e político de participar, juntamente com os políticos e a sociedade, da formulação e gestão das políticas públicas; d) separação entre as secretarias formuladoras de políticas públicas, de caráter centralizado, e as unidades descentralizadas, executoras dessas mesmas políticas; e) distinção de dois tipos de unidades descentralizadas: as agências executivas, que realizam atividades exclusivas do Estado, por definição monopolistas, e as organizações sociais, que realizam os serviços sociais e científicos de caráter competitivo, em que o poder do Estado não está envolvido; f) transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos competitivos (publicização). g) adoção cumulativa, para controlar as unidades descentralizadas dos mecanismos (1) de controle social direto, (2) de contrato de gestão, em que os indicadores de desempenho são claramente definidos e os resultados medidos, e (3) de formação de quase-mercados, em que ocorre a competição administrada; h) terceirização das atividades auxiliares ou de apoio, que passam a ser licitadas competitivamente no mercado.

Ainda segundo BRESSER PEREIRA (1997), os Estados modernos contam com quatro setores: núcleo estratégico, as atividades exclusivas, os serviços não exclusivos e a produção de bens e serviços para o mercado, com as seguintes atribuições:

- **Núcleo estratégico:** corresponde aos três poderes e ao Ministério Público, ou seja, ao governo no sentido lato. É o setor que toma todas as decisões estratégicas, define as leis e as políticas públicas, e cobra o seu cumprimento; no poder executivo, compreende as

atividades do Presidente da República, dos ministros e de seus auxiliares e assessores diretos;

- **O setor das atividades exclusivas do Estado:** abrange o exercício de um poder que só o Estado pode exercer: o poder extroverso do Estado, ou seja, o poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar. Compreende as atividades da Polícia, da Fazenda, da Receita Federal, da Segurança Pública e da seguridade Social, entre outras;
- **O setor dos serviços não exclusivos – ou competitivos – do Estado:** envolve atividades não referidas ao poder extroverso do Estado, realizadas simultaneamente pelo Estado, pelo setor privado e pelo setor público não estatal. Corresponde notadamente às áreas sociais (saúde e educação), culturais, de proteção ambiental e de pesquisa científica e tecnológica;
- **O setor designado de bens e serviços para o mercado:** corresponde à área de atuação de empresas estatais do segmento produtivo ou do mercado financeiro, e se caracteriza pelas atividades econômicas orientadas para o lucro. Compreende, por exemplo, as empresas do setor de infra-estrutura do Estado.

A definição destes setores determina onde o Estado deve atuar, financiando e realizando as atividades, onde deve financiar e não atuar diretamente, e onde não deve atuar nem financiar.

Ao mesmo tempo, estabelece a propriedade e o modelo gerencial a ser adotado.

Assim, no Núcleo Estratégico a propriedade é estatal e as atividades devem ser baseadas no modelo de gestão burocrático-hierárquico, por garantir maior compromisso com a observância das normas e com a efetividade das decisões.

Quanto às atividades exclusivas do Estado, a propriedade deve ser também estatal, porém se propõe à adoção do modelo da administração gerencial, orientada para o resultado,

garantindo a eficiência, a efetividade e a eficácia dos serviços, e a descentralização de sua execução para as agências executivas.

No setor de produção de bens para o mercado, a propriedade deve ser privada, o modelo de organização gerencial e o seu critério de êxito é o lucro. Já no setor de serviços não exclusivos do Estado, os critérios de êxito são a garantia de maior agilidade, qualidade e eficiência no atendimento das demandas sociais. Aqui, a reforma do Estado deve ser capaz de superar a rigidez burocrática decorrente da aplicação das normas burocráticas, garantindo maior autonomia e responsabilidade aos gestores destes serviços. A política e o programa devem estar orientados para a transferência destes serviços para o setor público não estatal, através do programa de publicização, mediante a transformação das atuais entidades públicas em organizações sociais, organizações privadas sem fins lucrativos, financiadas integral ou parcialmente pelo governo, que prestam serviços sociais mediante um contrato de gestão. (BARRETO, 1999)

2.3 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

O início da implantação das Organizações Sociais (OSs) no âmbito Federal se deu pela MP 1.591, de 9 de outubro de 1997, co-validada depois pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que criou o Programa Nacional de Publicização e dispôs sobre a qualificação de entidades como as OSs. Conforme já apontado, as OSs são entidades de direito privado, qualificadas pelo poder executivo do Estado para o estabelecimento de compromisso de execução de atividades em áreas de interesse público (ensino, pesquisa, proteção e preservação do meio-ambiente, cultura e saúde). Habilita-se a receber dotação orçamentária do Estado, garantidos o cronograma de desembolsos da administração de seus bens e dos

equipamentos do Estado, necessários ao exercício de suas atividades, durante a vigência do contrato de gestão, pelo qual são preconizadas metas de desempenho que assegurem a extensão e a qualidade dos serviços prestados ao público. O Estado qualificará as OSs como associações civis sem fins lucrativos.

Algumas de suas características são:

- ♦ conselho de administração tem como membros natos no mínimo 50% dos conselheiros, sendo 20% a 40% de representantes do poder público e 20% a 30% representantes da sociedade civil; até 10% do número total de conselheiros são eleitos entre membros ou associados da sociedade civil credenciada como OS. Os três primeiros grupos elegem os demais, originários de associações civis e cidadãos de notória capacidade e idoneidade;
- ♦ é vedada a distribuição de bens ou parcela do patrimônio líquido, inclusive em razão do desligamento, retirada ou falecimento de associados ou membros da entidade; no caso de sua extinção, seu patrimônio será incorporado pelo Estado a outra entidade por ele qualificada;
- ♦ fica facultado ao poder executivo a cessão à OS de servidores da extinta entidade pública, com ônus para a origem, passando a integrar o quadro de extinção do Estado. A cessão é irrecusável para o funcionário: os que forem cedidos não poderão incorporar aos vencimentos ou à remuneração de origem qualquer vantagem pecuniária que receberem da OS; não lhes será permitido receber qualquer vantagem pecuniária de caráter permanente, paga com recursos orçamentários alocados à OS;
- ♦ as contratações de pessoal feitas pela OS obedecem ao regime da CLT, sendo regidas por normas próprias aprovadas pelo conselho de administração;

- ♦ é extensível aos Estados e municípios a qualificação de entidades como as OSs se a legislação local não contrariar os preceitos da MP nº 1.591 (e da Lei nº 9.637) e a legislação federal pertinente. (PAES, 2000)

O repasse contínuo de recursos governamentais, total ou parcialmente, para o funcionamento das OSs, justifica-se em função do papel social que desempenham – nas áreas de saúde, educação, cultura, meio-ambiente e pesquisa científica e tecnológica – ao atuar atenuando os efeitos da distribuição desigual de renda promovida pelo mercado, bem como pelas “economias externas” que geram, através dos benefícios que trazem à sociedade e às empresas, ultrapassando o âmbito de atuação da organização que os produz, não podendo, portanto, estar sujeitas exclusivamente às leis de mercado. (BARRETO, 1999)

Entretanto, esta estrutura flexibilizada permite a busca de novas formas de parceria com a sociedade, particularmente frente a fontes de financiamento complementares.

O Contrato de Gestão, por sua vez, é o elemento fundamental desta proposta, na medida em que é a única relação que liga as OSs ao Estado, permitindo o provimento de recursos humanos, financeiros e patrimoniais, mediante um desempenho com qualidade e eficiência. Baseia-se no estabelecimento de objetivos, metas e indicadores de desempenho que passam por um processo contínuo de acompanhamento e avaliação. Esta avaliação contínua é extremamente relevante pois dela depende a eficácia do contrato de gestão como duplo instrumento de implementação de políticas públicas e de administração estratégica da entidade.

Conforme aponta ANDRÉ (1994), “o contrato de gestão expressa os compromissos negociados e acordados entre as partes, de forma periódica e sistemática, acerca dos objetivos e metas a serem alcançadas pelo contratado (*agent*), para um dado período de gestão, com a pretensão de induzir a uma maior participação e co-

responsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas. Em contrapartida, o contratante (*principal*) concede ao contratado incentivos também pré-negociados para que ele alcance as referidas metas. O controle é realizado somente sobre os resultados alcançados.”

TEIXEIRA et al. (1999) complementam esta visão enfatizando a importância do aprendizado entre as partes neste processo: “os contratos de gestão configurar-se-iam um processo de aprendizagem com múltiplas facetas. Mais importante que o contrato final é o processo de negociação para a definição de metas, aprimoramento de indicadores de desempenho e melhor definição de responsabilidades do aparelho do Estado.”

Assim, a relação contratual se constitui um dos principais mecanismos institucionais através dos quais os governos podem controlar os agentes econômicos e os cidadãos podem controlar os governos. (BRESSER PEREIRA, 1997)

A incorporação desta abordagem na administração pública privilegia o desenvolvimento de instrumentos voltados para a prestação de contas e o desenvolvimento de sistemas de incentivos seletivos que, a partir do desempenho como critério orientador de punições e recompensas, permite a introdução de instrumentos gerenciais que estimulam sua atuação mais eficiente e eficaz.

No contrato estariam formalmente estabelecidos os compromissos de ambas as partes, bem como a estrutura de incentivos, de forma a reduzir o conflito entre a autonomia do agente implementador, essencial para a eficiência microeconômica, e os objetivos mais gerais do Estado. A questão fundamental, portanto, é definir a estrutura de incentivo que harmonize os interesses do *principal* e do *agent*.

São diferentes os tipos de contratos que se apresentam no setor público. Segundo TREBILCOCK (1995), apud FLEURY (2001), são eles:

- **Provisão Burocrática.** É a reorganização do setor público para melhorar a prestação de serviços através da forma burocrática – isto significaria ênfase na mensuração dos produtos e definição e difusão da missão da organização entre seus departamentos, introdução de um sistema mais flexível na definição dos postos de trabalho, possibilidade de dispensa do funcionário, contratação e pagamento por produtividade, flexibilidade na confecção do orçamento, redução dos níveis hierárquicos, compromissos com as necessidades e as expectativas dos consumidores;
- **Contracting Out (Terceirização).** Neste sistema, o governo contrata ou subsidia uma companhia privada para prover um serviço a toda ou parte de uma população. Este sistema pressupõe competição entre prestadores privados, de forma que o governo realize o contrato com a firma que apresentar menor custo. O principal risco deste sistema é que, apesar de ser exigida a competição pública para a continuidade do contrato, o prestador contratado conta com informações privilegiadas sobre os demais competidores. No caso de uma firma se estabelecer como provedor único de determinado serviço, isto também implica em influência política muito significativa.
- **Contrato de desempenho/gestão.** É utilizado quando uma firma privada é contratada para prover um serviço público, mas os bens de capital utilizados são de propriedade do governo. Aqui, o contrato deve assegurar o interesse público, incluindo a manutenção dos bens. Também é importante considerar os custos de desenhar, monitorar e fazer cumprir os contratos. Frequentemente é necessário o desenvolvimento de estruturas novas para cumprir este papel. Estes contratos também podem ser estabelecidos entre ministérios e entidades governamentais, dotados e dotando-os de certo grau de autonomia no manejo dos recursos. Portanto, o contrato de desempenho pode ter resultados distintos em relação aos parceiros envolvidos – no caso de um prestador privado, ele restringe a autonomia desta organização frente às exigências de preservação do interesse e da propriedade

pública. No caso de um prestador público, ele funciona como um instrumento de ampliação desta autonomia ao definir mecanismos de repasse de recursos preferenciais ou incentivos relacionados a desempenho que possibilitem, por exemplo, o acesso a recursos de investimento.

- **Franquia.** Aqui, o governo autoriza o setor privado a operar serviços públicos, tais como agências de correio, e os cidadãos pagam diretamente pelo serviço, e não através do governo como nas modalidades de terceirização. Esta modalidade tem a vantagem de os cidadãos pagarem apenas quando desejam utilizar o serviço. Entretanto, podem ocorrer problemas de custos em função de gastos com cobranças e com a arrecadação. Por outro lado, a população mais pobre necessitaria ser subsidiada para ter acesso ao serviço.
- **Licença.** Neste caso, o governo permite (mas não requer) que uma ou mais firmas privadas prestem os serviços aos cidadãos. Requer competição entre as firmas, sob o risco de se transformar em uma franquia. Aqui há o problema de as firmas entrarem em acordo para impedir a entrada de novos concorrentes, e os preços tenderão a subir.
- **Contrato individual.** Nesta situação existe um mercado aberto, no qual um grande número de firmas competem e o consumidor escolhe a firma que considerar mais adequada. Aqui é menos provável um acordo entre as firmas, porém o governo deve criar formas de regulação que protejam os consumidores. Neste sentido, sempre há mais que um contrato e, portanto, sempre uma terceira parte: entre o cliente individual e o prestador e, por outro lado, entre o cliente individual e o corpo público que financia o seu consumo.

A questão que sempre permanece é que funções o governo deve sempre manter e que podem ser transferidas para organizações privadas. BOSTON (1995), apud FLEURY (2001), recomenda que devem permanecer com o governo aquelas ações cuja execução apresenta dificuldades para serem impugnadas, dificuldades de se especificar e monitorar os

contratos, riscos de oportunismos e problemas de coordenação de mercado. Tal processo, entretanto, sempre dependerá da necessária capacidade de regulação do governo, que implica no desenvolvimento de novas capacidades e talvez de novas estruturas. Em situações onde o Estado está fragilizado, às vezes os riscos de contratar fora podem ser maiores do que manter a prestação dos serviços próprios.

2.3.1 OS PRINCÍPIOS DOS CONTRATOS DE GESTÃO

O contrato de gestão é fortemente inspirado no instrumento gerencial denominado Administração por Objetivos, que procura deslocar a ênfase dos meios para os fins, procurando promover a racionalização dos processos de trabalho. Propõe-se a induzir, a partir de um processo de definição participativa dos objetivos organizacionais (o que queremos, quando queremos, em que quantidade), um movimento de planejamento descentralizado, sistêmico (envolvendo o conjunto da organização), iterativo (pressupõe recuos e avanços), negociado entre superiores e subordinados na definição de áreas prioritárias, que permita, através da seleção de alternativas de um curso de ação e da conseqüente alocação de recursos, coordenar e integrar as diferentes atividades realizadas. É baseado em fatores quantitativos, por meio dos quais se dimensionam as respectivas contribuições (metas) a serem realizadas por cada unidade e indivíduo na organização, e precedam o acompanhamento sistemático do desempenho, incorporado como um hábito organizacional que pressupõe também um processo de negociação entre os diferentes atores organizacionais quanto ao que fazer e o que avaliar. (LIMA, 1996)

2.3.2 A HISTÓRIA

As primeiras manifestações da contratualização surgiram na França, em 1967. Esta surge como um contrato de programas e tem como principal objetivo a recuperação financeira de empresas públicas deficitárias, buscando, no caso francês, “modernizar para não privatizar”. (LIMA, 1999) Insere-se, portanto, numa estratégia de modernização da administração pública, enfatizando a autonomia concedida através do contrato como instrumento de responsabilização e sensibilização da administração pública às demandas dos usuários, em função da ênfase atribuída à missão e aos resultados. Nos anos 70, surge como contrato de empresas. Nos anos 80, aparece como contrato de plano, universalizando os procedimentos de contratação para as empresas estatais, já devendo haver aqui uma adequação do plano empresarial em sintonia com o plano de governo. Em 1988, surge como contrato de objetivos, formulado a partir de três documentos básicos: o plano empresarial, a previsão financeira e um resumo estratégico de seus planos para um período de três a quatro anos. A partir daí, passa a ser estendido para o estabelecimento de relações contratuais com a administração direta. A organização deve constituir um plano de objetivos e meios, denominado projeto de serviço. Caso o seu desempenho seja adequado, o órgão é transformado em centro de responsabilidade. Centro de Responsabilidade é a organização que, ao desenvolver planos estratégicos e operacionais satisfatórios, apresenta um sistema gerencial qualificado e capaz de realizar uma gestão por objetivos, baseada em métodos de avaliação de desempenho. Constitui-se então num agente semi-autônomo, com as seguintes características: administração de pessoal, com o mesmo cunho da administração direta; autonomia na utilização do seu orçamento, de acordo com o projeto acordado; recebe verbas especiais para reformas administrativas; é supervisionado pelo órgão de vinculação, no que se refere ao cumprimento de metas e ao uso dos recursos. (HORTALE & DUPRAT, 1999)

Esta experiência de contratos de gestão foi a partir dos anos 70 expandida para outros países – na Coreia do Sul, o gerenciamento por contrato foi estendido a todas as estatais do país, sob a supervisão de um órgão interministerial. Vem sendo utilizada na Espanha, no relacionamento com empresas estatais prestadoras de serviços industriais de utilidade pública. O Banco Mundial passou a apoiar a implantação deste instrumento em 10 países e em mais de 50 empresas, inclusive condicionando a concessão de apoio financeiro a empresas à vigência de tais contratos. (ANDRÉ, 1999)

As experiências de contratualização no setor da saúde começaram também a se desenvolver a partir das reformas dos sistemas de saúde europeus na década de 80. Assim, na Inglaterra, separam compradores e prestadores de cuidados de saúde dos trustes; na Suécia, responsabilizam as coletividades locais que negociam com os prestadores de serviços; na Espanha (Catalunha), dentro da política de regionalização, realiza o contrato entre os hospitais e a previdência social. (HORTALE & DUPRAT, 1999)

A experiência francesa na utilização de contratos de gestão no setor da saúde tem início com as reformas no sistema de saúde francês em 1991. Tais reformas se justificam em função da identificação de iniquidades no acesso, diferenças regionais muito grandes no gasto com saúde, orçamentos hospitalares baseados apenas na série histórica e não em demandas epidemiológicas, descontrole na remuneração médica, ênfase excessiva nos cuidados individuais em detrimento de um modelo que privilegie o coletivo, busca de maior eficácia associada a maior qualidade na atenção. (HORTALE & DUPRAT, 1999)

A Lei Hospitalar de 1991, além de dar maior autonomia aos hospitais, com uma gestão mais flexível, introduz um processo de planejamento regional que passa a ser o elemento central da política hospitalar. Tal processo passa a utilizar um mapa sanitário e o esquema regional de organização sanitária, instrumentos que definem os limites das regiões, bem como os equipamentos a serem instalados, as distribuições geográficas e as atividades no

interior de cada região. Desta forma, o nível regional passa a ter o poder de autorização para novos serviços. Instituem-se também conferências de saúde com representantes do setor público e privado, para promover maior aproximação das regras do jogo do setor público com aquelas do setor privado.

Em 1996, uma nova iniciativa foi desencadeada, visando estimular a cooperação entre setor público e privado, controlar despesas, assegurar qualidade e responsabilizar os atores do sistema pelas ações desenvolvidas. Tem como objetivos, portanto, a regulação do sistema, a regionalização e a qualidade da atenção. São utilizadas duas estratégias essenciais: igualdade de tratamento para hospitais públicos e privados e a existência de um gerente único, tanto para o planejamento dos serviços como para o financiamento.

Este gerente único é a Agência Regional de Hospitalização, organização de direito público dotada de autonomia administrativa e financeira, e constituída de uma direção e uma comissão executiva onde estão representados o Estado e o Sistema Nacional de Seguro-Doença. A Agência tem a missão de definir a implantação da política regional de oferta de cuidados hospitalares, análise e coordenação de serviços de saúde públicos e privados, e a determinação de seus recursos.

Introduziu-se também a avaliação das atividades em termos de qualidades e custos, com a implantação do Programa de Medicalização das Informações em Saúde (PMSI) e do sistema de acreditação.

O contrato de objetivos e meios articula as orientações regionais com as orientações de cada hospital e possibilita a adaptação da rede hospitalar. O contrato é o instrumento que expressa o resultado da negociação e da articulação entre o projeto de estabelecimento de cada hospital e o plano/planejamento regional de saúde que, por sua vez, estão associados à política de saúde. Para tanto, os hospitais devem apresentar um plano onde

estejam determinados o cronograma de atividades, o sistema de acompanhamento e as modalidades de avaliação.

Os hospitais devem ainda prever no seu contrato as orientações estratégicas, as transformações pretendidas, os objetivos de qualidade, as orientações da carta sanitária regional, a preparação para a acreditação, as redes de cooperação, o financiamento, a ligação entre orçamento e objetivos, e as sanções financeiras.

Esta proposta visa possibilitar melhor regulação e adaptação da rede, podendo se constituir num instrumento de planejamento e condução plurianual; permite maior visibilidade de compromissos e responsabilidades; e possibilita melhores condições de avaliação. Pretende também atuar no âmbito interno da organização, constituindo-se num instrumento de aperfeiçoamento da gestão. Teria então como objetivos: a elevação dos níveis de eficiência e qualidade das ações prestadas, a aproximação dos profissionais médicos da gestão, descentralização e responsabilização das equipes em realização à tomada de decisão; e uma maior articulação entre as atividades internas, o projeto da organização e o contrato externo realizado com a Agência Regional Hospitalar. (HORTALE & DUPRAT, 1999)

Neste sentido, o contrato de gestão pode ser entendido como a “tradução processual de uma lógica ascendente que parte da iniciativa de cada estabelecimento e transita pela vertente dos projetos de cuidados de enfermagem, assistenciais etc. Este processo ascendente é contrabalançado por uma lógica descendente: a do esquema regional de organização sanitária e da autoridade da agência regional de hospitalização, onde esta terá como atribuição conduzir os projetos em função das necessidades da população”. (BARATTA, 1997 apud HORTALE & DUPRAT, 1999)

No Brasil, o contrato de gestão começa a ser utilizado em 1991, através do Decreto-lei 137/91, que criou o Programa de Gestão das Empresas Estatais e possibilitou a sua utilização nas empresas estatais. A primeira organização com a qual o Estado constituiu

um contrato de gestão foi a Associação das Pioneiras Sociais. Aqui, o contrato funcionou como um componente do processo de aquisição de autonomia da organização. A Fundação das Pioneiras Sociais, pessoa jurídica de direito público, foi extinta e instituiu-se o Serviço Social Autônomo “Associação das Pioneiras Sociais – APS”, fundação de direito privado. Desta forma, a autonomia da política de pessoal se ampliou e o regime empregatício tornou-se misto: funcionalismo público, pago diretamente pelo ministério da Saúde, e regime de CLT para os novos contratados. Cerca de 50% dos antigos funcionários optaram por permanecer na nova entidade jurídica como ocupantes de cargos em extinção do Estado, e os demais retornaram ao Ministério da Saúde. O Estado mantém a instituição com recursos orçamentários. A rede de hospitais Sara Kubitschek é um importante serviço de referência de alta tecnologia em ortopedia e reabilitação motora, contando atualmente com unidades em Brasília, Salvador e Maranhão, oferecendo serviços gratuitos, de atendimento universal. (ANDRÉ, 1999)

Entretanto, o contrato de gestão firmado não levou a uma supervisão mais adequada do desempenho por parte do Estado. Os objetivos e as metas não foram adequadamente concebidos a fim de permitir avaliação do desempenho, e não permitem a avaliação da eficiência econômica do uso de recursos. (SILVA, 1996, apud ANDRÉ, 1999). A experiência de contrato de gestão foi desenvolvida também junto à companhia Vale do Rio Doce, em 1992, e posteriormente, em 1994, com a Petrobrás.

No caso da Petrobrás, o Decreto 1.050, de 27 de janeiro de 1994, apresentava entre seus objetivos: eliminar fatores restritivos à flexibilização da ação administrativa e empresarial da Petrobrás, de forma a alcançar seus objetivos estratégicos; atingir metas e resultados específicos, fixados periodicamente e aferidos conjuntamente pela União e pela Petrobrás, por meio de indicadores e sistemática de avaliação. O citado Decreto amplia a autonomia da empresa para os seguintes atos de gestão administrativa e empresarial: gestão de

recursos humanos; negociação e celebração de acordos coletivos de trabalho; realização de viagens ao exterior; realização de operações de crédito de qualquer espécie, bem como emissão de obrigações ou quaisquer outros títulos; contratação e renovação de operações de empréstimos e financiamentos; elaboração, execução e revisão do planejamento e dos respectivos orçamentos (TEIXEIRA et al., 1999).

Tal projeto foi limitado, por um lado, pelo condicionamento da definição do orçamento interno da empresa, apenas após a aprovação da lei orçamentária da União. Por outro lado, parecer do Tribunal de Contas da União reiteraria, frente aos dispositivos constitucionais, a necessidade de realização de concurso público para seleção e admissão de pessoal; a limitação da remuneração de dirigentes e servidores ao limite máximo estipulado no artigo 37-XI da Constituição; para a contratação de obras e serviços, a necessidade de observância da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, que define as normas para licitações e contratos do Setor Público, alcançando indiscriminadamente as Administrações Diretas e Indiretas. (TEIXEIRA et al., 1999)

Outra iniciativa desta natureza foi desenvolvida em São Paulo junto às 25 empresas estatais do governo paulista. No caso das estatais paulistas, embora nenhuma autonomia tenha sido concedida pelo Estado, as empresas apoiaram a experiência apontando maior clareza nas relações com a Secretaria de Planejamento e Gestão e avanços na compatibilização do planejamento empresarial com a programação e execução orçamentária, bem como identificaram maior comprometimento interno com o planejamento, sua execução e a indução de gestão mais participativa. A iniciativa, no entanto, foi interrompida com a mudança de gestão, em função da crise financeira do Estado. (ANDRÉ, 1995)

Conforme já foi discutido, o Contrato de Gestão na Reforma do Aparelho do Estado se aplica para induzir a implantação de uma administração pública gerencial,

regulando a relação entre o Estado e duas formas distintas de organização – as Agências Executivas e as Organizações Sociais.

No caso das agências executivas, não se cria uma figura jurídica nova, na medida em que esta qualificação se aplica a autarquias ou fundações públicas qualificadas através de decreto presidencial. Para esta qualificação, é necessário que a instituição tenha, conforme a Lei n° 9.649/98, um plano estratégico de reestruturação e desenvolvimento institucional, um Contrato de Gestão, e demonstre estar conseguindo efetivamente implementar as ações estabelecidas e alcançar as metas e os objetivos acordados.

No caso das OSs, o contrato de gestão com o Estado é instrumento gerencial que lhes faculta serem gestoras de bens públicos, serem sustentadas por recursos orçamentários e receberem cessão de funcionários públicos com ônus para a origem, exercendo funções delegadas pelo Estado.

Para a sua implantação, o MARE (1998) recomendava inicialmente às organizações que pretendessem se transformar em OSs a realização de um detalhado plano estratégico de reestruturação e desenvolvimento institucional que serviria de base para o Contrato de Gestão. São fases deste processo de planejamento:

- Definição da Missão: o papel da instituição dentro das diretrizes governamentais, globais e setoriais – o para quê, para atuar frente a que necessidades ou demandas a instituição foi criada;
- Definição da Visão de Futuro: para onde a instituição pretende caminhar e qual a imagem-objetivo que pretende construir de si mesma no relacionamento com a sociedade;
- Identificação e Definição de Resultados Sociais: qual o impacto na sociedade decorrente do desenvolvimento direto ou indireto de suas atividades (mesmo que tais resultados

dependam de outras ações articuladas – por exemplo, saneamento e redução da mortalidade infantil);

- **Identificação das Atividades Fins e Definição dos Objetivos Estratégicos:** quais são os grandes processos institucionais vinculados às atividades finalísticas da instituição. Os objetivos devem descrever os resultados gerais esperados pela instituição para cumprir sua missão e ter um impacto direto no atendimento das demandas de seus clientes usuários;
- **Identificação dos Fatores Críticos de Sucesso, Problemas e Definição de Prioridades Estratégicas:** fatores críticos são insumos ou condições essenciais para que um macroprocesso ou objetivo estratégico se concretize. Há que se identificar também os problemas que impedem a obtenção destas condições críticas para o sucesso, a importância relativa de cada um e, portanto, as prioridades estratégicas;
- **Análise dos Cenários:** devem ser construídas as diferentes possibilidades de cenário nos quais a organização vai atuar, associadas ao conjunto de atores envolvidos, dentro de uma perspectiva de mudança contínua. Relaciona-se ao ambiente externo – oportunidades e ameaças – e ao ambiente interno – pontos fortes e fracos da organização;
- **Análise da Consistência das Etapas de Planejamento:** é a revisão de todas as etapas desenvolvidas até o momento, e de sua coerência e articulação interna e com a missão da organização;
- **Definição das Metas de Desempenho:** as metas são as ações mais concretas e objetivas necessárias ao atingimento dos objetivos estratégicos e serão a matéria prima da avaliação do desempenho institucional. Devem preferencialmente ser quantificáveis; ser realistas, mas desafiadoras; e devem ser compreendidas por qualquer pessoa, mesmo as que não tenham familiaridade com a organização;
- **Definição dos Indicadores de Desempenho:** devem medir o grau de atingimento de um objetivo e meta, estar expressos em unidades de medida mais significativas para quem vai

utilizá-los para avaliação ou tomada de decisão. Devem servir de apoio para detectar as causas e os efeitos de uma ação, e não apenas os resultados;

- Definição do Modelo de Coleta de Dados;
- Avaliação do Desempenho Institucional: é a comparação dos resultados alcançados (descritos pelos indicadores de desempenho) com o desempenho pretendido (descrito pelos objetivos estratégicos e metas definidos). Deve ser realizada através de um processo de melhoria contínua, buscando-se analisar as causas e os efeitos dos desvios, de forma a que se possa recomendar mudanças e ações corretivas.

A avaliação do desempenho deve permitir identificar se as demandas dos cidadãos e usuários e dos formuladores da política estão sendo atendidas, e com que grau de sucesso; as áreas onde a instituição está alcançando sucesso e onde precisa melhorar, as normas que precisam ser revistas, os impedimentos legais e normativos que precisam ser modificados. Deve contar com ampla participação e ser realizada através de processos periódicos, em estágios intermediários. (MARE, 1998)

Já o Contrato de Gestão é composto pelos seguintes elementos: Objeto; Objetivo; Metas; Obrigações da Contratada, dos Ministérios Supervisores e do Interveniente; Valor; Critérios, Processos e Mecanismos para Acompanhamento e Avaliação; Condições para Suspensão e Rescisão do Contrato; Vigência e Renovação; Mecanismos de Publicidade e Controle Social; Critérios de Desqualificação e Penalidades.

Duas etapas são destacadas na implantação do contrato de Gestão:

- **Negociação:** envolvendo os diferentes Ministérios e a organização social a ser criada, no sentido do estabelecimento de metas coerentes com as políticas públicas e possíveis de

serem realizadas, ainda que necessariamente desafiadoras, bem como para o adequado comprometimento frente a deveres e responsabilidades mútuos.

- **Acompanhamento e Avaliação:** estão previstos a geração de relatórios parciais e anual, um processo de avaliação institucional e auditorias. Os resultados devem ser continuamente avaliados pelo Poder Público, de forma a possibilitar redirecionamentos durante o curso de ação, na medida em que o ministério supervisor tem a possibilidade de interferir na situação, via o conselho de administração ou a direção, e via a renegociação do contrato de gestão.

Os relatórios de desempenho, trimestrais ou quadrimestrais, e o consolidado anual devem permitir que se verifique se os compromissos acordados são de fato passíveis de monitoração, se há compromissos que apresentam falhas graves de concepção e viabilidade de execução, se a instituição está sendo capaz de identificar causas e consequências de atrasos na consecução dos objetivos e metas, e se há necessidade de atuação dos supervisores do contrato junto a outras instâncias governamentais, para se buscar maior viabilidade no cumprimento dos compromissos.

As auditorias serão realizadas pela secretaria Federal de Controle e pelo Tribunal de Contas da União, restringindo-se à verificação dos resultados pactuados e à utilização dos recursos públicos.

2.3.3 QUESTÕES RELACIONADAS À IMPLANTAÇÃO DAS OSs E DOS CONTRATOS DE GESTÃO

Conforme o discutido até agora, pode-se perceber que a utilização dos Contratos de Gestão não se limita à relação estabelecida entre as Organizações Sociais e o governo, sendo um instrumento de relacionamento muito mais amplo para a definição das responsabilidades negociadas entre o Estado e Agentes externos ou não ao Aparelho de

Estado. Entretanto, considerando que, para o objeto desta dissertação e para projeto de Reforma do Aparelho do Estado em questão, a implantação das OS e a implantação dos Contratos de Gestão estão intimamente relacionadas, vamos apresentar a discussão relativa aos limites e dificuldades para a sua implantação de forma articulada, fazendo a devida referência às questões específicas.

A implantação das OSs caracterizava-se como uma área crítica dentro da proposta de reforma do Estado, por ser, talvez, a área que exija maior transformação em termos culturais, conceituais, valorativos e jurídico-institucionais frente às práticas existentes no setor público.

Este conjunto de dificuldades se apresenta na medida em que, de todas as formas de organização propostas, esta é única que deixa de ser uma estrutura burocrática tradicional, para se transformar em uma organização privada, voltada para o interesse público – pelo menos para aquelas organizações envolvidas no Programa de Publicização – “... a qualificação dessas entidades, na maior parte dos casos, deverá ocorrer concomitantemente à extinção da congênere, integrante da administração pública.” (MARE, 1998)

Portanto, se o núcleo estratégico depende de uma certa agilização e modernização do seu processo gerencial, este continua obedecendo às suas funções tradicionais. As Agências Executivas e Reguladoras, tendo sua origem em aparelhos burocráticos, em geral autarquias e fundações, são estruturas que permanecem no Aparelho do Estado para realizar as ações relativas ao poder extroverso do Estado, as quais em geral já desenvolviam, porém com menor poder regulador. Porém, são dotadas de maior flexibilidade – na gestão de pessoal, na utilização orçamentária – para exercer suas funções. São estruturas dotadas de uma missão ampliada, e em grande parte com quadro de pessoal específico e contratado para esta finalidade. Ainda que exista aqui a necessidade de desenvolvimento de um aprendizado

específico para o cumprimento desta nova função pública, estas organizações são em sua maioria organizações adaptadas e fortalecidas, e não novas organizações.

O mesmo não acontece com as Organizações Sociais que terão de desempenhar o seu papel dentro de uma cultura e uma dinâmica operacional significativamente distinta de sua prática tradicionalmente realizada.

São estas questões que se apresentam:

2.3.3.1 Cooptação e *Accountability*

A discricionariedade dada ao executivo na qualificação da OS, em substituição a um processo licitatório, aumenta a importância de se estabelecerem mecanismos para garantir a transparência e a responsabilidade nas decisões, através da garantia na participação e do controle social nos Conselhos Administrativos das Organizações.

Outro elemento importante na implantação das OSs diz respeito ao risco de cooptação da Organização, quer pela burocracia do Estado, quer por interesses privados que viessem a desviá-las da missão para a qual foram criadas.

Esta possibilidade de cooptação pela burocracia se traduz pela possibilidade de sua interferência na composição do Conselho Administrativo, na medida em que as entidades são, na sua maioria, originárias do atual do aparelho do Estado e é o Executivo que aceita ou não o pleito de transformação da sua organização tradicional em OSs. Eventualmente, no caso de se abrir a possibilidade de um pleito de gestão de uma estrutura pública por uma organização privada que viesse a constituir uma OS, o poder discricionário do Executivo para escolher esta ou aquela organização também é total, sem exigência de qualquer outro critério adicional.

O oposto também é verdadeiro: dependendo da forma de constituição das OSs, estas também podem ser facilmente apropriadas por interesses privados, que passarão a atuar

diretamente na prestação de serviços públicos, contando com orçamento público associado ao estímulo dado à captação de recursos e à formação de parcerias junto à sociedade. (BARRETO, 1999)

Dentro da perspectiva de *principal-agent*, a relação contratual estabelecida entre o Estado e as OSs define os compromissos mútuos e permite o exercício da função reguladora do Estado sobre os agentes privados. O estabelecimento desta relação, entretanto, não garante que esta regulação esteja de fato orientada para os interesses públicos. Nas democracias, esta autoridade reguladora do Estado provém das eleições, mas a execução de parte das funções do Estado e dos serviços que o Estado presta aos cidadãos é delegada às burocracias públicas, o que estabelece um problema de *agent x principal*. Os burocratas não têm necessariamente os mesmos interesses dos cidadãos ou dos políticos que os representam, e podem querer se aproveitar da informação privilegiada que detêm para o interesse pessoal. Como o desempenho das empresas públicas, por sua vez, tem critérios de desempenho mais difíceis de serem controlados que aqueles das empresas privadas, e a instituição de mecanismos para monitorar o esforço individual ou extrair informações privadas é muito caro, estes *agents* acabam sendo julgados/controlados pela obediência a regras que teoricamente tornam a sua prática socialmente mais adequada e segura – ainda que não se avalie o resultado real do seu trabalho. Outros elementos também podem contribuir para melhorar o desempenho desta burocracia – formulação de contratos adequados (valorização profissional da burocracia – remuneração, qualificação, carreira – associada a mecanismos de avaliação de desempenho e flexibilização na estabilidade funcional); fiscalização institucional; múltiplos *principals* e *agents* com objetivos dissonantes, que disputem e se articulem entre si para o alcance do bem-estar social (multiplicação de informações sobre políticas públicas); estabelecimento de competições; descentralização.

Um componente importante deste processo pode ser observado quando os cidadãos que têm a melhor informação privada sobre o desempenho institucional têm voz, no sentido de identificarem problemas mais graves no desempenho destas organizações – a ausculta política destas insatisfações que induzem o político eleito (*principal*) a pressionar a burocracia (*agent*). Esta supervisão tipo “alarme de incêndio” depende, no entanto, de mecanismos institucionais que permitam o monitoramento da burocracia por parte dos cidadãos, a transmissão de informações e a punição.

Dois sistemas desta natureza são previstos nas OSs - a participação de representantes da sociedade civil nos conselhos administrativos das entidades paraestatais e um sistema de recebimento de reclamações, além, evidentemente, da necessária supervisão pelo Tribunal de Contas e da publicação em Diário Oficial dos relatórios relativos ao desempenho destas organizações. Outros mecanismos de supervisão com maior poder de intervenção (ombudsman, comissão de avaliação com membros do legislativo) também poderiam ser introduzidos, fortalecendo mecanismos de *accountability* da burocracia para com os cidadãos. (PRZEWORSKI, 1998).

Para que esta dimensão da relação *principal-agent* possa ser resolvida (controle político sobre a burocracia no interesse do bem comum) é necessário que uma outra natureza de contrato esteja suficientemente bem resolvida, ou seja, a sujeição do político aos interesses dos cidadãos – e que se impeça que o político venha a se mancomunar com os interesses da burocracia. Aqui, o primeiro mecanismo de responsabilização previsto são as eleições. As eleições atuam de duas maneiras – de forma prospectiva, quando os diferentes partidos apresentam suas propostas nas campanhas eleitorais, e esclarecendo ao eleitor de que forma tais propostas viriam a intervir no bem-estar dos cidadãos. Este então decide por aquela que querem ver implementada e os governos as implementam.

Entretanto, o programa pode ou não ser seguido, tanto pelo governo como pelos representantes eleitos. Neste sentido, os cidadãos podem controlar o governo de forma retrospectiva, obrigando-o a se responsabilizar pelos resultados de suas ações passadas. Os governos são responsáveis se os cidadãos tiverem como saber se os governos estão ou não atuando na defesa dos interesses públicos, e podem ser sancionados caso isto não esteja ocorrendo (PRZEWORSKI, 1998; COELHO, 2000). Contudo, para que isto possa acontecer é necessário que os eleitores saibam como identificar de quem é de fato a responsabilidade pelo desempenho do governo, e que o sistema eleitoral permita que possam votar para destituir do governo o(s) partido(s) responsável(is) pelo mau desempenho.

Um componente importante deste processo é a assimetria das informações. Nem sempre basta observar apenas os resultados. A *accountability* depende de os eleitores conhecerem não apenas o resultado obtido, mas os diferentes resultados possíveis, caso o governo tivesse feito outra coisa ou as condições fossem diferentes. O controle através do voto retrospectivo depende do conhecimento deste conjunto de possibilidades e do acesso a um conjunto de informações relacionado às motivações e à trajetória dos políticos, grupos e fontes de apoios recebidos pelos partidos, evolução financeira dos políticos, condições objetivas observadas pelos governos, relações causais entre políticas e resultados. Sempre será impossível a *accountability* total, mas o leitor bem informado pode reduzir o risco de desvios. Neste sentido, alguns mecanismos institucionais ajudam a reforçar esta *accountability*: a existência de uma oposição estruturada e livre ao governo, que funcione como *agent* dos eleitores, elaborando alternativas, reinterpretando os resultados do governo, trazendo novas informações e induzindo o eleitor a se informar; a atuação dos veículos de comunicação, buscando novas informações e focalizando o interesse geral; a existência de um processo legislativo deliberativo e aberto, que exija que os governantes se justifiquem publicamente e onde se exponham as relações entre as técnicas, as políticas e seus resultados; a indução de

constituição de inovações institucionais independentes que assumam também parte desta *accountability*, gerando novas informações que orientem os cidadãos (ramos independentes do Estado para a auditoria, Ministério Público, fonte estatística de dados relativos à economia etc.), constituindo-se em agências de responsabilização. (PRZEWORSKY, 1998)

Um elemento importante e de resultado polêmico diz respeito a estes processos de inovações gerenciais para o crescimento de iniciativas de relacionamento direto entre a burocracia e a população, através da criação de instâncias participativas nos serviços, em detrimento da interlocução entre a burocracia e os representantes eleitos, que passam a ter menor importância na determinação das políticas públicas. Este processo de aproximação com a comunidade, se por um lado pode ser considerada como muito importante no aprendizado para a cidadania, pode também vir a acarretar o fortalecimento de agentes sem mandato, definindo as políticas públicas.

2.3.3.2 Separação entre formulação e implementação das políticas

Para dar flexibilidade e agilidade ao sistema e permitir o estabelecimento das relações contratuais defende-se a distinção entre os que concebem e os que executam a política. Este processo às vezes cria situações onde os formuladores de políticas avaliam sem ter experiência de campo, desconhecendo os problemas do dia-a-dia, bem como quem executa não sabe exatamente porque o está fazendo, e obedecendo a que critérios, e fica impossibilitado de trocar experiências com os formuladores. Isto limita um elemento fundamental neste processo: o aprendizado organizacional capaz de aprimorar constantemente a prática administrativa. (ABRUCIO, 1998)

Além disso, às vezes esta separação não permite identificar claramente quem é responsável por o quê, limitando também a *accountability*.

2.3.3.3 Qualificação das equipes gestoras do contrato e desenvolvimento gerencial das OSs

Tal processo demanda uma importante iniciativa de qualificação de pessoal dos órgãos supervisores e executores, na medida em que ambos estariam envolvidos em atividades que não eram anteriormente realizadas. A identificação de que existe um processo necessário de aprendizado a ser desenvolvido entre o governo e as OSs significa a necessidade do estabelecimento de contratos diferenciados dependendo do estágio de desenvolvimento da organização.

Por outro lado, conforme afirma BARRETO (1999), a maior parte das Organizações Sociais a serem criadas na proposta de Reforma Federal são provenientes do aparelho do Estado. A cultura organizacional e as práticas aí instaladas estão voltadas para um modelo de administração burocrático. Neste sentido, existe uma grande carência de capacidade gerencial, instalada para assumir as tarefas de uma administração gerencial voltada para os resultados.

Este processo exigiria não apenas a capacidade de negociação e adequação às demandas públicas, mas também o reordenamento interno da organização em termos de capacidade para planejamento estratégico, redefinição de sistemas de informação e avaliação, revisão de planos de cargos e salários, e reestruturação da administração de materiais, entre outros.

Neste sentido, seria necessária a introdução de mecanismos motivacionais que permitissem maior relacionamento entre desempenho e recompensa, e um forte investimento em recursos humanos. (ANDRÉ, 1999)

2.3.3.4 Autonomia, sustentação institucional e coerência entre lógica fiscal e gerencial

Na medida em que representam um contrato de compromissos mútuos, este contrato deve ser obedecido. Ou seja, deve haver sustentação fiscal e financeira, com a

necessária integração entre os Ministérios, que possibilite serem efetivamente cumpridos o planejamento orçamentário e o cronograma de desembolsos. Às vezes, a autonomia pretendida por parte do componente gerencial não é apoiada pela necessidade de controle fiscal por parte do “Ministério das Finanças”. Por outro lado, é necessário que a autonomia pretendida possa se instalar de fato com a devida sustentação jurídica, sem a qual o contrato de gestão acarretaria na incorporação de novos compromissos sem a possibilidade de realizá-los.

2.3.3.5 Coordenação

Outro ponto relevante diz respeito à necessária ação de coordenação do governo, garantindo os investimentos de médio e longo prazo, e articulando as ações inter e intra-setoriais necessárias para a consecução das políticas. Assim, os possíveis ganhos de eficiência nas ações das Organizações Sociais não devem ser desperdiçados pelo risco de uma ação fragmentada decorrente da diversidade de interesses representada pelos diferentes agentes constituintes do setor público não governamental. (BARRETO, 1999).

Esta questão é hoje particularmente importante no sistema de saúde brasileiro. A alta demanda política colocada pela nova Constituição em relação ao setor da saúde, particularmente para os municípios, associada à rigidez do sistema jurídico e do aparelho burocrático, e mais recentemente à Lei de Responsabilidade Fiscal, frequentemente vem induzindo à constituição de novas estruturas ou parcerias. Se tal processo pode gerar resultados positivos, na medida em que induz à formação de capital social, e pode apoiar o surgimento de novas formas de organização na comunidade (FARAH, 1998; SPINK, 1999), por outro lado muitas vezes pode gerar situações de ilegalidade.

Concretamente, o Sistema Único de Saúde conta hoje com uma diversidade razoável de instituições com algum grau de autonomia – autarquias, fundações, hospitais

filantrópicos, Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPI), além dos serviços próprios – e deve ser gerido de forma pactuada entre os três níveis de gestão. Neste sentido, a implantação de Organizações Sociais na saúde poderia contribuir para fragmentar ainda mais o modelo de atenção. Principalmente se não forem estruturados mecanismos claros de integração destas organizações com o restante do sistema. CARNEIRO JR. (2002), referindo-se à implantação das Organizações Sociais de Saúde (OSSs) em São Paulo, aponta para as diferenças de desempenho das OSSs em situações onde havia maior acompanhamento da comunidade e maior integração entre os gestores municipal e estadual de saúde, em contraposição com outra situação onde estas presenças não eram tão estruturadas.

2.3.3.6 Normalização dos sistemas de informação e Avaliação de resultados

Um outro elemento importante seria também a racionalização dos sistemas de informação. A avaliação deve permitir não apenas comparar os resultados alcançados (indicadores de desempenho) com o desempenho pretendido (objetivos estratégicos e metas), mas também possibilitar a comparação entre diferentes organizações. Isto é particularmente importante no setor da saúde, na medida em que, para o sucesso desta proposta, várias organizações deveriam vir a assumir um contrato de gestão.

Por outro lado, a avaliação, particularmente nos serviços de saúde, traz problemas ainda não resolvidos. Dentro de uma perspectiva mais “eficientista” de avaliação, a principal valorização se dá frente ao desempenho econômico financeiro das instituições ou à sua produtividade (CHERCHIGLIA, 1999). Entretanto, grande parte das atividades sociais não permite uma avaliação direta e objetiva dos resultados. Como elas atuam em sistemas abertos e complexos, a obtenção de determinado resultado pode inclusive gerar mecanismos de compensação que venham a ser mais prejudiciais em termos de resultados finais globais. Por vezes, a adoção de uma avaliação mais subjetiva – ou pelo menos negociada, na medida em

que representa a visão de diferentes atores – do que propriamente objetiva, nos termos colocados por MINTZBERG (1996), pode ser mais adequada para o acompanhamento das atividades. De certa forma, isto diz respeito à freqüente adoção por parte do Estado de uma racionalidade instrumental, que sustenta ações orientadas pelo cálculo, pelos fins, pelo desempenho, pela rentabilidade e pela utilidade, em contraposição com a necessidade de adoção de uma racionalidade substantiva relacionada a ações fundadas no julgamento ético, na autenticidade, na autonomia, no entendimento, na liberdade e na solidariedade, à luz da intersubjetividade dos atores envolvidos.

No caso dos hospitais, este processo é particularmente complexo. É relativamente fácil quantificar volumes assistenciais realizados, e até mesmo estabelecer parâmetros de custos hospitalares. Entretanto, este volume de atendimento não está diretamente relacionado à necessidade decorrente da realidade epidemiológica (decorrente do *modus vivendi* daquela população) ou da demanda real que se apresenta (decorrente da possibilidade de acesso ao serviço, relacionada à estrutura de atenção). Neste sentido, este referencial representa apenas o desempenho do hospital frente às possibilidades oferecidas por sua estrutura interna, o que torna difícil a avaliação de resultados sociais mais amplos.

Isto requer, portanto, tempo para a construção de indicadores mais adequados, em termos de maturação e estudo, bem como um espaço de negociação contínuo entre o governo, as OSs e a comunidade assistida, para os ajustes progressivos, sob o risco de se estabelecer um processo de acompanhamento e avaliação baseado em valores não compartilhados. (TEIXEIRA et al., 1999)

2.3.4 O CASO DO PAS – Plano de Atendimento à Saúde no Município de São Paulo

Aqui cabe um importante exemplo recentemente vivenciado pelo município de São Paulo na implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS) no município de São Paulo, e a seguir sua variante, o Sistema Integrado e Municipalizado de Saúde (SIMS), de 1996 a 2000. O PAS propunha-se a ser uma alternativa de gestão ao Sistema Único de Saúde (SUS) no município de São Paulo, dotando os serviços governamentais municipais de instrumentos capazes de aproximá-los da modalidade privada de produção de serviço, principalmente quanto ao gerenciamento financeiro e à gestão flexibilizada de recursos humanos. Baseava-se numa parceria entre Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que fornecia os bens móveis e imóveis, enquanto as entidades privadas (cooperativas de trabalho) forneciam os recursos humanos. O financiamento era provido por fundo público nos moldes de pré-pagamento, na modalidade de capitação por habitante da área geográfica do serviço. O módulo básico (foram estruturados 14 no município) era constituído de no mínimo uma unidade hospitalar, uma unidade de pronto-socorro e pelos postos de assistência à saúde – a cooperativa tinha autonomia para contratar, com base no seu financiamento, outros prestadores para o sistema. O PAS pretendia atender cerca de 45% da população municipal – o plano de saúde integral dos pobres, segundo o discurso do Prefeito da época.

O projeto, portanto, segue o pressuposto da falência estatal na produção dos serviços de saúde segundo as recomendações das agências internacionais, dirigidas à focalização das políticas sociais, à importância da regulação do mercado sobre a regulação do Estado, com a orientação da adoção de modalidades privadas não lucrativas na produção de serviços, através de organizações não governamentais e de financiamentos providos por fundos públicos. (COHN & ELIAS, 1998) Entretanto, a estrutura própria da SMS, além de distribuída desigualmente, era insuficiente para isto. (ELIAS & COHN, 1998) Por outro lado,

o PAS contava com uma significativa válvula de escape para a implantação de sua proposta. Na medida em que a Prefeitura foi excluída do SUS em função do não cumprimento de pré-requisitos para a gestão do sistema, ficando responsável por gerenciar apenas os seus serviços, a responsabilidade pela gestão dos serviços vinculados ao SUS no município coube ao gestor estadual do sistema, que contava não apenas com uma rede própria de serviços mais extensa, mas também com a maior complexidade de serviços instalada no Brasil, além de diversos serviços contratados e conveniados vinculados ao SUS e responsáveis por oferecer atendimento integral e universal à população. Havia, portanto, um importante suporte alternativo caso os serviços do PAS não fossem capazes de atender a sua demanda.

A cada módulo acoplava-se uma empresa de prestação de serviços (a gerenciadora), responsável pela administração de recursos humanos, compras e pagamentos, remunerada com base em um percentual do montante financeiro transferido pela SMS ao módulo (6%). Estavam previstos diversos sistemas de auditoria internos (contábil-financeiro, procedimentos médicos, prestação de serviços), pesquisas de opinião e auditorias externas. À exceção da auditoria financeira, todas as demais deveriam ocorrer com base nos recursos repassados às cooperativas. (ELIAS & COHN, 1998)

A estrutura político-administrativa do PAS era constituída pelo Módulo Operacional e seu Conselho de Gestão – 5 representantes da SMS, 4 membros das cooperativas de trabalho (Cooperpas – nível superior; Coopermed – nível médio) e um representante dos usuários indicado pela Secretaria, na medida em que não estavam estabelecidas as regras para a sua eleição. Externamente, constituíam-se duas instâncias, o Colegiado de Gerenciamento – constituído por 11 secretários municipais, que deliberava sobre os convênios firmados e a regulamentação dos serviços – e a Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela autorização de despesas e transferências de recursos para as cooperativas.

Nos primeiros anos, o PAS apresentou alguns resultados interessantes: melhora significativa na remuneração, diminuição do absenteísmo, aumento de produtividade dos profissionais de saúde e um alto desempenho quanto a internações e procedimentos ambulatoriais. (COHN & ELIAS, 1998) Não foram, entretanto, implantados os mecanismos de controle e auditoria, o controle público e a participação da população. O crescimento da produção parece ter se sustentado principalmente no aumento de procedimentos menos complexos.

Por outro lado, os gastos do PAS foram mais elevados que os do sistema anterior. A pouca ênfase no controle público não permite identificar se houve ou não seletividade de clientela. Entretanto, este é um risco em sistemas que, incorporando a racionalidade da gestão privada na gestão, são financiados através de base per capita, onde o superávit é obtido não através do incremento na produção (por não receberem por serviço), mas através da contenção de custos. (ELIAS & COHN, 1998, SEIXAS, 1996).

O PAS encerrou suas atividades no final da gestão seguinte (1997-2000), imerso em inúmeras denúncias de corrupção e malversação de verbas, intervenções na maioria das cooperativas e dívidas reclamadas das cooperativas da ordem de R\$ 60.000.000,00.

Apresenta-se, assim, como um exemplo-modelo de problemas na construção de contratos *principal-agent*. No primeiro momento, a proposta estava sustentada por um projeto de expansão e melhoria na qualidade da assistência à população, concebido originalmente como uma oferta de serviços de baixa e média complexidade, com ênfase no Pronto Atendimento. Este projeto funcionou bem enquanto contrato eleitoral prospectivo, na medida em que esta foi uma das propostas que permitiu a eleição do candidato da situação. Vale dizer que parte desta promessa foi cumprida, conforme discutido acima. Entretanto, alguns problemas ocorreram – a burocracia não foi capaz de definir claramente neste contrato o que se esperava dos serviços, se atenção integral a toda a população ou atenção primária.

secundária aos grupos sociais menos favorecidos. O mecanismo de financiamento estipulado, se podia parecer um volume significativo, não estava baseado em estudos de custo mais profundos, mas mesmo assim os contratos foram negociados em valores menores que o sugerido – de R\$ 12,00 a 15,00 na proposta elaborada pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), para 10,96 per capita/mês. No entanto, a flexibilidade permitida para renegociação não gerou aprendizado comparativo, na medida em que não havia instrumentos constituídos para análises de custo, eficácia, eficiência etc. Os interesses político-financeiros entre prestadores privados contratados e parte da burocracia eram bastante compartilhados, mas como não houve transparência e controle social mais intenso e institucionalização sobre o processo, foi possível uma aliança questionável do ponto de vista do interesse público. Esta aliança, porém, estava condicionada a um fornecimento contínuo e regular de recursos. O descontrole das ações das cooperativas e das gerenciadoras envolvidas, levando a um incremento nos custos das cooperativas, à falta do financiamento complementar do SUS, às intervenções que a SMS se viu obrigada a realizar nos módulos, à crise financeira do município, foram progressivamente desorganizando o sistema, que foi no final da gestão substituído por um sistema de controladorias e finalmente extinto no início da atual gestão. Neste sentido, o processo de controle acabou sendo, em última análise, o controle eleitoral retrospectivo que propiciou a eleição de um novo partido. Foi particularmente importante neste processo a atuação da mídia e a existência de um sistema democrático consolidado, que permitiu à população mudar sua escolha. Por outro lado, torna-se evidente que o incremento da discricionariedade do executivo em processos de inovação gerencial, sem o devido desenvolvimento de mecanismos alternativos de prestação de contas à sociedade, pode colocar em risco, pelas novas alianças constituídas, os avanços alcançados pela flexibilidade gerencial.

2.4 A reforma do Estado no setor da saúde e a reforma sanitária no Brasil

Evidentemente, os processos de reforma setorial na saúde têm se relacionado com os processos mais amplos de reforma do Estado. No caso dos países centrais, a principal motivação para as reformas no setor da saúde são decorrentes dos gastos crescentes com a assistência médica. Vários autores e relatórios internacionais vêm apontando o gasto exponencial em assistência médica nos últimos vinte anos (HUBER, 1999). Tais incrementos seriam decorrentes de diversos fatores, entre eles a incorporação tecnológica, o envelhecimento da população e o crescimento das doenças crônicas, a ampliação do acesso e cobertura do seguro social, a inflação dos insumos da atenção à saúde, o aumento do contingente de médicos, bem como a ineficiência da alocação de recursos. (MÉDICI, 1996; COSTA et al., 2000, FREEMAN & MORAN, 2002) Por outro lado, estes gastos não têm sido relacionados necessariamente a melhores indicadores sanitários.

A crise fiscal dos anos 80 vai evidentemente ter um impacto significativo sobre o setor da saúde. O crescimento do item saúde nas contas nacionais, o aumento das pressões sociais para uma atenção mais qualificada, a percepção do alto custo do tratamento intra-hospitalar, vão chamar a atenção dos economistas para a necessidade de contenção de custos no setor. Neste sentido, os objetivos colocados à reforma setorial têm sido os mesmos colocados para a agenda da reforma do Estado de forma mais ampla. São eles:

- viabilizar a diminuição do Estado – reestruturação do mix público/privado e descentralização para os níveis subnacionais e para o setor privado;

- redirecionar o modelo assistencial – ênfase na saúde pública e na prevenção, e estímulo ao atendimento extra hospitalar;
- racionalizar os gastos e regular os serviços prestados e a demanda através do:
 - controle dos prestadores, através da atenção médica gerenciada (managed care) e introdução dos pagamentos por tratamentos globais e não por ato médico realizado, ambos interferindo na autonomia técnica e financeira do médico
 - controle da demanda, especialmente através da co-participação do usuário no pagamento de serviços prestados;
- assegurar maior eficiência e eficácia na prestação de serviços – especialmente a introdução de mecanismos de mercado, tais como:
 - competição administrada e
 - separação entre órgão de financiamento e de prestação de serviços, com o estabelecimento de contratos como instrumentos de relação/regulação entre compradores e prestadores. (ALMEIDA, 1996)

Estas reformas dos sistemas de saúde dos países centrais vem até o momento apresentando alguns resultados e suscitando algumas indagações:

Em relação ao **papel do Estado**: a prestação dos serviços de saúde continua sendo uma função pública nos países centrais (configurações vigentes antes da reforma). Entretanto, no esforço de se estabelecerem práticas gerenciais mais eficientes, houve uma significativa valorização da gerência profissional, em detrimento dos poderes dos profissionais. Por outro lado, este poder gerencial, que era mais importante inclusive que o poder dos representantes eleitos, passa a ser questionado, retornando a valorização de representantes locais eleitos.

Uma grande e significativa transformação ocorrida foi a **reconfiguração das instituições públicas**: estas instituições públicas eram previamente financiadas por

orçamentos globais. Grande parte delas transformou-se em empresas públicas independentes e, portanto, precisam atrair pacientes (através de contratos negociados ou através de livre escolha do paciente) para financiar seus gastos. É a manutenção da propriedade pública, mas com gerenciamento empresarial e pagamentos vinculados à produção. Esta autonomia para os prestadores, que passam a trabalhar em uma situação de quase-mercado (do ponto de vista da oferta, o quase-mercado tem uma condição semelhante à do mercado, pois estão em competição empresas produtoras de bens e serviços, competindo por clientes que podem ser os consumidores individuais, a autoridade sanitária ou as cooperativas de médicos; do ponto de vista da demanda, diferem dos tradicionais, porque a capacidade de consumo não é definida em termos monetários e sim em termos de *vouchers*, ou por uma agência estatal). é associada, no entanto, a uma estreita regulação estatal dos investimentos e à regulação gerencial e organizacional determinada pelos contratos de gestão.

Ampliaram-se também as **parcerias**, com estímulo à compra de serviços na sociedade, sempre que possível minimizando a atuação estatal.

Os processos de **descentralização** não foram acompanhados de perda de condução do nível central. Algumas experiências que avançaram demais na descentralização, sem o adequado acompanhamento, acabaram por regredir.

Ocorreu uma **diminuição do ritmo de crescimento do gasto sanitário**, principalmente devido a medidas racionalizadoras, em particular a institucionalização das relações entre os profissionais e o Estado, permitindo maior controle sobre a renda dos médicos, bem como, na maioria dos casos, principalmente nos países europeus, em particular no início da década de 90, com o subfinanciamento (*stress* fiscal) e acionamento do poder regulador do Estado.

Em relação ao **financiamento**, não houve mudanças significativas na estrutura dos sistemas, isto é, a base da **solidariedade** continua sendo a fonte de financiamento

fundamental. Entretanto, estabeleceu-se com muita frequência a **vinculação de gastos a percentual do Produto Interno Bruto (PIB)** e ao crescimento econômico, associada ao estabelecimento de normas e padrões de dimensionamento da oferta de serviços, ou seja, a vinculação do desempenho microeconômico setorial com as políticas macroeconômicas.

Por outro lado, o **co-financiamento** ou a co-participação como medida racionalizadora da demanda foi **impotente** em termos macroeconômicos, quer porque a co-participação com baixo valor não produz impacto financeiro, quer porque a de maior valor pode induzir ao subconsumo do usuário mais necessitado. No nível micro-econômico, parece ter pouco impacto na conscientização do paciente, na medida em que a utilização dos serviços é fortemente determinada pelo médico.

Houve um forte **estímulo à liberdade de escolha do consumidor**, privilegiando a sua escolha e não o planejamento de atividades baseadas em *experts*.

A forma de remuneração dos prestadores de **atenção primária** (principalmente os médicos) aponta para uma **redução do assalariamento** para o incremento de mecanismos que relacionam reembolso e performance através de contratos:

- **Privilegiamento da Atenção Básica:** grande parte dos recursos destinados diretamente aos hospitais passam a ser destinados aos prestadores de atenção primária – associações/cooperativas de médicos generalistas, órgãos governamentais locais – visando reduzir transferências desnecessárias, estimular maior qualidade e menores custos, garantir continuidade do tratamento e dotar o usuário de algum grau de interferência no processo de decisão do seu atendimento. Houve também neste processo uma importante valorização das práticas extra-hospitalares, com redução importante das internações.
- **Seletividade, segmentação:** algumas modificações foram produzidas, entretanto, frente à universalidade; passam a ser estabelecidas **prioridades de atenção**, com a definição de

um conjunto básico de serviços de saúde; estimula-se a proteção da renda contra situações que signifiquem ameaça catastrófica, surgindo seguros específicos, poupanças e redistribuição de rendas, indicando o surgimento de seletividade e segmentação das políticas. (FREEMAN & MORAN, 2002; FERLIE et al., 1999; COSTA, 2000)

Neste sentido, as políticas implementadas revelaram uma atuação estatal mais reguladora, evidenciando uma complementaridade entre os mecanismos de competição e de regulação; as políticas de contenção de gasto resultaram em maior intervenção estatal (mais controle/mais regulação) no nível macro (na gestão do sistema de saúde) e no nível micro (na gestão/desempenho dos serviços e na autonomia médica), tanto no setor estatal como no setor privado (Estados Unidos), estabelecendo-se portanto um paradoxo – as reformas, justificadas pela necessidade de minimizar a atuação do Estado, tiveram como resultado concreto uma maior atuação do Estado, especialmente na regulação. (ALMEIDA, 1999; FREEMAN & MORAN, 2002) Vale dizer, entretanto, que o fortalecimento desta capacidade reguladora não representa direção autoritária, ou desconhecimento das necessidades dos parceiros. Pelo contrário, pressupõe o estabelecimento de mecanismos contínuos de negociação e pactuação, mediados pelo interesse público e do usuário.

Assim, a capacidade do governo de regular as diferentes partes (se é pretendido assegurar o acesso igualitário) parece ser uma dimensão mais crítica do que o fato de a propriedade ser estatal ou não, ou mesmo o tamanho do setor estatal. A regulação e o aprendizado institucional necessários para a realização eficaz desta função significam investir em estruturas gerenciais, além de reafirmar a responsabilidade estatal com a saúde, mesmo que isto não represente prestação direta dos serviços. Esta parece ser uma condição crítica para a construção de sistemas de saúde que tenham como princípios estruturais a equidade, a

solidariedade e a justiça social. Este problema central, no entanto, é de natureza eminentemente política.

Na América Latina, as propostas de reforma dos sistemas de saúde também ocorrem num contexto de implementação de políticas de ajuste fiscal. Entretanto, ganham impacto e complexidade diferenciadas frente às especificidades da região: abrangência e intensificação da pobreza, deterioração das condições de vida e saúde da população, diminuição dos investimentos públicos, emergência de demandas sociais decorrentes da democratização, exigências dos bancos credores e necessidade de reforma do Estado.

Estes países apresentam como característica comum a modernização excludente, ou seja, não existe sociedade igualitária e asseguradora de níveis universais de cobertura das necessidades básicas, persistindo graus expressivos de desigualdades. Acrescente-se a isto que, enquanto nos países centrais o gasto com saúde atinge cerca de 8% do PIB, dos quais 5% referem-se a gastos públicos, na América Latina o gasto do PIB fica em torno de 4% a 5%, dos quais 43% são provenientes do setor público e 56% do setor privado. (BANCO MUNDIAL, 1993)

No caso da América Latina o diagnóstico setorial enfatiza:

- a má alocação e o desperdício de recursos, a ineficiência e a explosão de custos devidas à expansão do número de médicos, à incorporação tecnológica descontrolada e às formas de pagamento que incentivam gastos crescentes;
- a iniquidade, compreendida como o não acesso dos mais pobres aos serviços, em função da oportunidade de acesso dos mais ricos a esses mesmos serviços;
- a baixa qualidade dos serviços prestados.

A agenda de reformas preconizada pelos organismos internacionais apresenta as seguintes proposições:

- redução da participação do Estado e fortalecimento do mercado para a produção de bens e serviços, com estímulos a novas parcerias com setores não governamentais, promovendo a diversidade de alternativas de compra de serviços e a competição;
- mudanças no financiamento setorial condicionadas às exigências dos ajustes econômicos;
- descentralização na gestão dos serviços, com a conseqüente redefinição do papel dos governos centrais, intermediários e locais em relação à saúde e sua atenção, e redefinição do papel dos Ministérios, que reduzem sua função de prestadores diretos fortalecendo suas funções de condução política e regulação;
- ênfase na recuperação dos custos, na eficiência dos gastos e na análise de custo-benefício e custo-oportunidade na distribuição dos recursos;
- fomento de ambiente que possibilite às famílias melhorar sua condição sanitária;
- focalização do gasto público nos pobres, através da implementação de cestas básicas de intervenção em saúde pública e assistência médica comprovadamente custo-efetiva.

(QUINTANA et al., 1996)

Tais propostas, desenvolvidas no âmbito da América Latina, poderiam no entanto gerar situações de aprofundamento das desigualdades, em vez de contribuir para melhorias na gestão e na condição de saúde da população. O processo de focalização e seletividade pode aprofundar segmentações perversas já existentes, condicionando a equidade à análise de custo-efetividade. Por outro lado, a implantação de processos de seletividade (elegibilidade de benefícios), exige capacidade reguladora e monitoramento estatal competente e permanente, o que demanda capacitação técnico-operacional e custos, incorrendo portanto no problema da governança em função da desestruturação dos aparelhos do Estado. Finalmente, o

estabelecimento de pacotes básicos significa definir que o mínimo é o máximo, criando possibilidades de cobertura incompletas, mesmo para os mais pobres, devido à dificuldade de definição de limite e à captação falha. (ALMEIDA, 1996)

Neste sentido, é particularmente complexa a incorporação de um receituário restritivo em países onde a desigualdade já está tão intensamente instalada, particularmente se considerarmos que a intervenção do Estado deveria contribuir para reduzir ou compensar desigualdades socialmente injustas.

A história da constituição do sistema de saúde brasileiro já é por demais conhecida e não caberia aqui retomar toda a sua trajetória desde as caixas de aposentadorias e pensões, passando pelos Institutos, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a crise da previdência social e os projetos de racionalização e integração do sistema nos anos 80 (Prev-Saúde, Conasp), originando as Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e finalmente o SUS, neste processo de universalização excludente, já relativamente bem descrito. Todo este processo, contudo, permitiu a conformação de um projeto de sistema público bastante diferenciado daqueles recomendados pelos organismos internacionais nos anos 90.

O SUS, constituído em 1990 através da lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990), veio a se tornar uma das mais importantes ações de política social adotada pelo Estado brasileiro desde a transição democrática. Possibilitou dar início a uma reforma setorial/sanitária que tinha, entre outros, os seguintes princípios:

- ♦ universalidade do acesso em todos os níveis de assistência;
- ♦ integralidade da assistência (adequada articulação entre ações de caráter curativo e preventivo, individuais e coletivas);
- ♦ igualdade na assistência à saúde;

- ♦ descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização, regionalização e hierarquização da rede, com conjugação dos recursos dos diferentes níveis de governo;
- ♦ integração em nível executivo das ações de saúde, meio-ambiente e saneamento básico;
- ♦ resolutividade em todos os níveis de assistência;
- ♦ utilização da epidemiologia para a definição de prioridades;
- ♦ participação da comunidade. (ANDRADE, 2001; BUSS, 1995)

O desafio contínuo de garantir ações e serviços de saúde de qualidade à população encontra-se atualmente orientado por três grandes movimentos: (DUARTE & SEIXAS, 2002; NEGRI, 2002)

O primeiro movimento diz respeito à reorganização das funções dos diferentes níveis de gestão do SUS: um reordenamento importante das funções gerenciais, das funções reguladoras e das funções de prestação de serviços do Sistema. Trata-se da redefinição e da busca por uma maior capacidade reguladora e gestora do Sistema e de seus componentes institucionais - eficácia, eficiência, qualidade e produtividade.

Este movimento se traduz, no âmbito Federal, pela criação das Agências reguladoras – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Complementar – e ocorre a reestruturação organizacional do Ministério da Saúde; no âmbito estadual, a redefinição do papel das Secretarias Estaduais da Saúde em sua função de gerenciar e promover a equidade do sistema neste nível de gestão, assumindo o seu papel regulador e de prestação de cooperação técnica aos municípios, a adequação de sua função complementar na prestação dos serviços; e no âmbito municipal, a expressiva expansão da função executora dos municípios. Associado a este processo está a busca por novas modalidades gerenciais dos serviços – Fundações, Autarquias, Organizações Sociais – e

relações de parcerias – OSCIPs, entidades filantrópicas – mais ágeis do que aquelas determinadas pelos serviços próprios.

O segundo movimento, complementar ao anterior, é o processo de regionalização pactuada, iniciado pela Norma Operacional da Assistência (NOAS) 1/2001, no sentido de garantir racionalidade ao Sistema, viabilizando os componentes de equidade e integralidade no atendimento à população, e não apenas a transferência de responsabilidade para os níveis municipais. Aqui, as Comissões Intergestoras – Bipartite nos Estados e Tripartite no nível federal – têm representado o fórum de excelência para essa pactuação.

O terceiro movimento, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação da Atenção Básica e do modelo de atenção à saúde no país, através da valorização do vínculo e do compromisso entre a equipe de saúde, os indivíduos e a comunidade, possibilita uma ação pró-ativa no cuidado à saúde. Estabelecer uma atenção básica resolutiva e de qualidade significa, entre outros, reafirmar os princípios constitucionais estabelecidos, na medida em que se busca, por meio dessa forma de atenção, reforçar a consecução da universalidade do acesso, da equidade e da integralidade das ações. (SOUZA, 2002)

A descentralização é pano de fundo para estes três movimentos. Ainda que não seja objetivo deste trabalho discutir a descentralização do SUS, seria interessante dimensionar sua extensão e suas consequências, particularmente para entendermos de que forma este processo se relaciona com a implantação das organizações sociais.

Conforme apontam vários autores (SOUZA,2002; JUNQUEIRA,1998) ao analisarem as competências relativas aos três níveis de governo definidas pela Lei 8080, identifica-se que caberia basicamente à direção nacional do SUS, expedir normas gerais, executar ações e serviços de saúde de interesse nacional, coordenar subsistemas dentro do SUS, formular políticas nacionais e articular-se com órgãos de governo nas três esferas. Caberia à direção

estadual do SUS legislar concorrentemente (de forma suplementar e complementar) em matéria de saúde; definir, coordenar e gerir ações e serviços de saúde de âmbito estadual ou regional; executar de forma suplementar, ações e serviços de saúde de interesse predominantemente local, quando o município não os realizar; executar, em caráter complementar, ações e serviços referentes à vigilância sanitária e epidemiológica, alimentação e nutrição, saúde do trabalhador, etc. Caberia à direção municipal do SUS gerir e executar serviços públicos de saúde, em especial os de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico, saúde do trabalhador, além de realizar atividades de colaboração, cooperação, participação, articulação, controle e avaliação, e implementação de ações e serviços incluídos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Torna-se evidente que nenhuma das entidades estatais integrantes do SUS tem competência exclusiva em matéria de saúde; a competência no caso é comum e o poder/dever de legislar sobre os assuntos do campo sanitário é concorrente.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) alinha as diferentes competências de cada nível de gestão e parece claro que o caráter de execução final das ações é direcionado ao município. Entretanto as competências comuns e as ações complementares possíveis nem sempre permitem uma definição muito clara de limites. Considerando a significativa transferência de poder que está envolvida no processo de descentralização era de se esperar que este movimento não se desse de forma tão tranquila.

Assim, da aprovação da Constituição em 1988, até a aprovação da Lei Orgânica, o país viveu uma situação de vazio legal. Entretanto, paradoxalmente ao que se podia esperar, a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) pelo Ministério da Saúde em 1989/90 iniciou um processo de recentralização importante no SUS. A crise econômica em que o país estava envolvido levou a um corte orçamentário no Ministério da Saúde da ordem de quase 50% no início da década de 90. Ao mesmo tempo, a

Norma Operacional Básica (NOB) 01/91 estabeleceria um mecanismo de repasse único de recursos para prestadores públicos e privados por produção, bem como estabeleceu um mecanismo de pagamento direto do Ministério aos municípios (NEGRI, 2002). Este processo esvaziou o papel que alguns Estados vinham realizando, entre eles São Paulo, ao serem os repassadores de recursos aos municípios, ainda que sem critérios muito claros e por vezes clientelistas, mas também não foi capaz de induzir um grande processo de municipalização, pois não incorporava aos municípios o pagamento aos prestadores privados, traduzindo-se apenas no pagamento por produção de uma incipiente rede municipal então instalada, além dos problemas relativos ao atraso nos pagamentos, decorrentes da crise de financiamento pela qual o Ministério vinha passando. A partir da NOB 01/93, recupera-se o espírito de pactuação entre as três instâncias de governo na construção do sistema, com a criação das Comissões Intergestoras Bipartites e Tripartites, e definem-se responsabilidades gerenciais mínimas, bem como mecanismos de repasse fundo a fundo independentes da produção. A instabilidade financeira, bem como a incorporação ainda incipiente de capacidade gerencial no nível municipal, promovem uma pequena adesão ao processo particularmente concentrada em municípios de maior porte e complexidade instalada. Neste momento, o papel do Estado continuava reduzido, não só porque não havia uma responsabilização clara sobre o seu papel no processo como porque, nesta época, os Estados estavam passando por um duro período de restrição financeira distinta até dos municípios, principalmente os maiores, que após a Constituição passaram a contar com diversos recursos adicionais. (ANDRADE, 2001)

É a partir da NOB-SUS 01/96 que a descentralização e a municipalização vão ganhar um grande impulso. A aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), mesmo com todos os problemas de redirecionamento de recursos que acabou sofrendo, passou a permitir um financiamento estável e continuado para os gestores e prestadores do sistema; enfatizou a descentralização através da constituição de um setor

gestor único municipal, responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde e das exigências de saneamento; apontou para uma reordenação do modelo de atenção, na medida em que redefiniu os mecanismos de repasses de recursos, reduzindo de forma progressiva e contínua a remuneração por produção de serviços, ampliando as transferências por repasses globais e per capita (em menor volume) com base na programação e na respectiva avaliação; agregou recurso novo ao sistema, principalmente através do Piso da Atenção Básica (PAB). Além disso, gerou condições para uma efetiva participação e controle social. (NEGRI,2002; de SOUZA,2002; dos SANTOS, 2002).VIANA (2002) apresenta no quadro abaixo a evolução da regulamentação do processo de descentralização definida pelas Normas Operacionais Básicas ao longo da década, complementadas pelas Normas de Organização da Assistência à Saúde, 2001 e 2002.

Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização: racionalidade sistêmica; financiamento federal e modelo de atenção à saúde, segundo as NOBs de 1991, 1993 e 1996, e as NOASs de 2001 e 2002.

Normas	Racionalidade sistêmica	Financiamento	Modelos de atenção
NOB 91	Ausente	Remessa direta ao prestador segundo a produção aprovada.	Ausente
NOB 93	Fraca: vinculada às iniciativas municipais isoladas	Remessa direta ao prestador segundo a produção aprovada. Transferência de Fundo de Saúde a Fundo de Saúde, segundo o teto financeiro definido.	Define responsabilidades sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a modalidade semi-plena.
NOB 96	Moderada: vinculada às iniciativas e discussões intermunicipais, com intermédio da gestão estadual (Programação Pactuada Integrada)	Remessa direta ao prestador segundo a produção aprovada. Transferência Fundo a Fundo segundo o teto financeiro definido. Transferência Fundo a Fundo segundo valor per capita. Transferência Fundo a Fundo segundo critérios definidos por programas específicos	PACS/PSF Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutritivas, cirurgias para catarata e varizes, atenção de urgência e emergência, doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção à população indígena e outros)
NOAS 2001 e 2002	Forte: vinculadas às definições de ações e serviços nos módulos de assistência no campo federal e às iniciativas e discussões intermunicipais, sob a coordenação da instância estadual (PPI, Plano Diretor de Regionalização [PDR] e Plano Diretor de Investimentos [PDI])	Remessa direta ao prestador, segundo a remessa aprovada. Transferência Fundo a Fundo segundo o montante definido no teto financeiro Transferência Fundo a Fundo segundo valor per capita. Transferência Fundo a Fundo segundo critérios definidos por programas específicos Transferência Fundo a Fundo segundo o valor per capita e a definição de referências intermunicipais	Mantém o definido na NOB 96 e acrescenta: - Responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica; - Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade; - Redefinição de procedimentos de atenção de alta complexidade - Criação de protocolos para a assistência médica

Fonte: VIANA et al. (2002)

Evidencia-se, portanto, um processo progressivo de definição de responsabilidades e a indução a um processo obrigatório de articulação entre as três esferas dentro de uma perspectiva sistêmica. Em que pesem as dificuldades para uma real efetivação desta descentralização, é inquestionável que, a partir da NOB 01/96 (que entrou em vigor quase dois anos após sua publicação), houve uma expansão significativa deste movimento, conforme pode ser observado na tabela abaixo.

INDICADORES DE EVOLUÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO

Indicador por ano	Dez/97	Dez/98	Dez/99	Dez/00	Dez/01
Número de municípios recebendo recursos fundo a fundo	144	5.049	5.350	5.450	5.516
Número de Estados recebendo recursos fundo a fundo	-	2	7	8	12
% da população residente nos municípios que recebem fundo a fundo	17,3	89,9	99,3	99,7	99,9
% do total de recursos de assistência transferido fundo a fundo	24,1	52,5	58,1	63,2	66,9

Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de Gestão, 1998/2001.

Mesmo considerando-se que a maior parte dos municípios permanece em condição de Gestão de Plena da Atenção Básica, estudos baseados na evolução da pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS) 92-99, (COSTA e PINTO, 2002), indicam uma significativa expansão na incorporação da assistência ambulatorial, principalmente nos pequenos municípios, confirmada por uma expansão da consulta média por habitantes para o conjunto da população brasileira. VIANA (2002) também aponta um desenvolvimento e aprendizado dos municípios nesta incorporação de complexidade na gestão. Neste momento, recupera-se um pouco a situação dos Estados, dada a sua função de mediar a habilitação dos municípios, que foi muito intensa, e também de mediar a construção da Programação Pactuada Integrada, que deveria passar a orientar a assistência no âmbito do Estado. Como se observa, a grande expansão da municipalização foi direcionada para a condição de município Pleno da Atenção Básica, baseado num repasse per capita e no compromisso do gestor municipal de gerenciar a atenção básica no seu município. O Piso Assistencial Básico,

associado ao incentivo relativo à implantação do Programa de Saúde da Família, promoveu uma grande expansão do Programa, alcançando atualmente uma cobertura de cerca de 50.000.000 de habitantes. (SOUZA, 2002; CANESQUI, 2002).

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: NÚMERO DE EQUIPES, POPULAÇÃO ASSISTIDA E DISTRIBUIÇÃO REGIONAL, BRASIL, MAIO DE 2002

Região	População Residente		Equipes do PSF		População Assistida	
	Habitante por milhão	% em relação ao país	Quantidade	% região	Habitantes por milhão	% de cobertura populacional
Norte	13,2	7,7	1.089	7,2	3,6	27,3
Nordeste	48,3	28,0	6.190	40,7	20,4	42,2
Centro-Oeste	11,9	6,9	1.319	8,7	4,3	36,1
Sudeste	73,5	42,6	4.472	29,4	14,9	20,3
Sul	25,4	14,8	2.131	14,0	6,9	27,2
Total	172,4	100,0	15.201	100,0	50,3	29,3

Fonte: Ministério da Saúde, Programa de Saúde da Família, 2002

A partir da NOAS 2001 e 2002, o Estado é chamado a intervir e atuar diretamente na coordenação da implantação, além da Programação Pactuada e Integrada – a definição dos recursos que cada município vai receber em função do pacto assistencial realizado, que passa a ser estruturado com o apoio de um novo instrumento –, do Plano Diretor de Regionalização, onde se definem mais claramente as competências e responsabilidades assistenciais de cada município e do Estado, e do Plano Diretor de Investimentos de cada região. Portanto, se há um fortalecimento explícito do papel do Estado na condução da regionalização, a NOAS passa a definir também como condição para habilitação dos municípios em Gestão Plena da Atenção Integral, a responsabilização pela gestão do conjunto dos serviços hospitalares situados no município, incluindo os estaduais. Cria-se inclusive um instrumento contratual entre Estado e município, onde este se compromete a autorizar o Ministério da Saúde a descontar dos recursos previstos no seu teto financeiro o valor a ser repassado para o Estado mediante o alcance das metas conjuntamente estabelecidas. Ou seja, começa a se estabelecer, ainda de forma incipiente, um Contrato de Gestão entre o Hospital de propriedade estadual e o gestor municipal de saúde, o que, se é interessante do ponto de vista da lógica do sistema, na

situação concreta de São Paulo pode se sobrepor à relação em andamento entre o Estado e as Organizações Sociais de Saúde (OSSs), responsáveis pelo gerenciamento dos hospitais.

2.4.1 A REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE EM SÃO PAULO

O conhecimento do processo de transformação do Sistema de Saúde em São Paulo, especificamente da Secretaria de Estado da Saúde (SES), é particularmente importante para a compreensão da relação que vai se estabelecer entre a Secretaria e as Organizações Sociais.

O primeiro movimento importante de incorporação da assistência médica na SES se inicia com a chamada Reforma Lezer, no final dos anos 60. Até então, a assistência médica prestada pela Secretaria restringia-se ao tratamento de patologias específicas em estruturas hospitalares próprias, como serviços de psiquiatria, maternidades, hospitais infantis, doenças infecciosas no hospital Emílio Ribas, tuberculosos e hansenianos em hospitais e dispensários próprios, bem como o atendimento, assim chamado preventivo, voltado principalmente para puericultura e pré-natal em alguns postos de saúde. O atendimento de urgência e emergência era realizado nos Pronto-Socorros da Prefeitura, ou nos Pronto-Socorros dos grandes hospitais públicos de então – o Hospital das Clínicas, a Santa Casa, que atendia os indigentes, e outros eventuais serviços filantrópicos, onde também existiam ambulatórios e serviços de internação. Evidentemente, o grande volume assistencial era desenvolvido pelo INPS/INAMPS aos trabalhadores com carteira assinada e seus familiares.

Tal reforma, sob a inspiração das propostas da Medicina Preventiva e Comunitária da época, pretendia passar a constituir uma rede de atendimento primário, através dos centros de saúde de complexidade crescente, destinados a integrar o conjunto de serviços desenvolvidos pelas SES em uma só unidade, com ênfase no atendimento às doenças infecto-contagiosas. Este modelo assistencial baseado no Planejamento e na Programação de Saúde

organizaria a atenção e definiria suas prioridades através de um diagnóstico de saúde realizado localmente, a partir do qual se organizaria a atenção em grandes grupos populacionais, como Mulher, Criança, Saúde Bucal, Saúde Mental, Tuberculose e Hansen, e Adultos. Deveria atuar integrando atividades de promoção e prevenção com as atividades assistenciais necessárias, e tinha o seu foco voltado para o controle da saúde da população daquela região. Para conduzir tais serviços integrados houve a criação de uma carreira de médicos sanitaristas na SES, associada a um forte investimento na formação destes profissionais. (NEMES, 1990). A estrutura da Secretaria foi reorganizada, extinguindo-se os antigos Departamentos Especializados (Departamentos Estaduais da Lepra, Controle da Tuberculose, da Criança, de Psiquiatria I e II, e Divisão de Tracoma e Higiene Visual) e criando-se as Coordenadorias de Saúde da Comunidade – integrando a maioria dos departamentos; a Coordenaria de Assistência Hospitalar – articulando o conjunto dos hospitais; a Coordenadoria de Saúde Mental – que passava a cuidar do conjunto de serviços de saúde mental e a estimular os serviços ambulatoriais; e a Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados – que articulava os Institutos Adolfo Lutz, Butantã, Instituto de Saúde, Instituto Pasteur. O conjunto das unidades sanitárias era regionalizado por distritos sanitários, acompanhando a divisão político-administrativa do Estado. (NEMES, 1990)

Este projeto, inovador para a época, criou as bases para a incorporação da assistência médica na rede básica de saúde e para a integração do conjunto das atividades desenvolvidas pela SES em termos de controle de doenças e endemias, e de assistência médica individual. Criou também um corpo dirigente para este processo. Entretanto, não chegou a se tornar hegemônico, em função de alguns fatores, principalmente a dificuldade de articulação com a rede assistencial do INAMPS, responsável pelo grande volume assistencial de então; a rigidez dos modelos de atendimentos propostos para os diferentes programas que tendiam a privilegiar os saudáveis em detrimento dos doentes; a carência de um sistema

estruturado de informações que pudesse retro-alimentar os níveis locais, frente ao conjunto de planilhas que tinham de produzir para o nível central. (NEMES, 1990) Um grande problema enfrentado também por esta proposta diz respeito à pequena expansão da rede básica no período, e passaria a ser enfrentado na gestão seguinte.

Na gestão Jatene identifica-se a grande carência de serviços na região metropolitana. (JUNQUEIRA, 1996) Os movimentos de integração entre o INAMPS e os serviços estaduais que começam a ser ensaiados, em função da crise da previdência, do aumento das demandas sociais, da pressão política dos movimentos sociais que se estruturam no processo de redemocratização do país, e da existência de uma massa crítica de profissionais dentro da SES, buscando dar continuidade ao projeto anterior, levam o secretário a buscar tornar mais claras as demandas para os serviços públicos assistenciais da região. Através do projeto São Mateus, formulado em 1979, procurava-se superar a descoordenação, a fragmentação e a ineficiência da atenção, explicitadas nas reivindicações dos movimentos populares de saúde, visando proporcionar assistência médico-sanitária integral à população da área programática por meio de uma rede básica de serviços de saúde hierarquizados, regionalizados e integrados com níveis mais complexos de assistência à saúde. O projeto previa para isto a construção de módulos, constituídos de um hospital de médio porte com 200 a 250 leitos articulados a um conjunto de 5 a 6 unidades básicas de saúde, e de um ambulatório de especialidades, cobrindo cada um deles cerca de 200.000 a 300.000 habitantes. Como não havia disponibilidade de recursos, foi-se buscar recursos externos tomados ao Banco Mundial. Seria a primeira vez que o Banco Mundial investiria no país em um projeto específico de infra-estrutura na área da saúde. (SECRETARIO ESTADUAL DE SAÚDE, entrevista). Neste processo o Projeto foi ampliada prevendo sua expansão para a Região Metropolitana da Grande São Paulo, passando a chamar-se Plano Metropolitano da Saúde (PMS). O Projeto previa que a SES, enquanto coordenadora, articularia as instituições

dos três níveis de governo – SES, INAMPS e Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo, a fim de estabelecer um sistema estadual de saúde. O Projeto, que não foi concluído, foi retomado na gestão Yunes, tendo sido negociado com o Banco Mundial em março de 1984, sem grandes alterações. Um critério do Banco Mundial para a sua aceitação foi a contrapartida do INAMPS. Como nesta época se iniciava a implantação das Ações Integradas de Saúde, quando o INAMPS passava a comprar serviços da rede municipal e estadual, mediante faturamento, o projeto foi aprovado. (JUNQUEIRA,1996)

Criou-se então na SES uma Coordenadoria do Plano Metropolitano da Saúde (CPMS), agregando em um único comando os centros de saúde, hospitais, laboratórios e ambulatorios de especialidades, os quais foram organizados em 5 regionais de saúde, na Grande São Paulo. Esta estrutura trazia a proposta de integração, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, não apenas no âmbito institucional, mas também no interinstitucional, incorporando na sua organização os órgãos de gestão das AIS – estas criavam instâncias de planejamento articulando a SES, o INAMPS e as Secretarias Municipais, no nível local, regional e estadual.

O processo desencadeado pela CPMS induziria o processo de criação dos Escritórios Regionais de Saúde em São Paulo (ERSAs), na medida em que articulava as diferentes instituições públicas, incorporando a assistência médica em serviços hierarquizados com capacidade resolutiva para atender a população circunscrita a uma área, integrando também as ações coletivas com as individuais. O módulo seria a unidade organizacional do modelo, dotado de autonomia gerencial. (IBAÑEZ,2001)

As AIS, por sua vez, agregavam recurso novo ao sistema e também induziam a articulação. Tal processo levava a Secretaria a se constituir uma secretaria prestadora de serviços, promovendo a integração e a reordenação dos serviços.

Este projeto dependia de uma redefinição das estruturas e da autonomia das regionais, para que tivessem de fato uma capacidade de articular na sua região, no interior do Estado, o conjunto de ações desenvolvidas pela SES. Assim foram concebidos e instituídos os 64 Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs), organizados a partir da proposta dos escritórios regionais de governo, órgãos do governo do Estado, de descentralizar a administração. Os ERSAs foram instituídos como unidades de gestão e tinham a seu cargo o conjunto de serviços que antes eram ligados às Coordenadorias de Saúde da Comunidade: a Assistência Hospitalar, a Saúde Mental e os Serviços Técnicos e Especializados. Articulavam também os serviços municipais e do INAMPS da região, sendo responsáveis pelo planejamento e a execução da atenção à saúde na região. As Coordenadorias foram extintas e foram criadas 5 grandes Coordenações de Saúde, unidades orçamentárias que articulavam os ERSAs no Estado.

Esta estrutura desconcentrada permitiu quando se apresentou a proposta de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em dezembro de 1988, a incorporação nos ERSAs dos serviços de medicina social, agências de compra e prestação de serviços do INAMPS. Assim, passavam a ser não mais estruturas de articulação dos serviços públicos, mas os responsáveis também pela coordenação e compra dos serviços privados.

Este processo de desconcentração da SES permitiu também avançar no sentido da municipalização dos serviços de saúde. Desde 1983, já vinham sendo desenvolvidas experiências localizadas de municipalização, com a transferência de unidades básicas de saúde do Estado para os municípios, mediante convênios, associados a recursos disponíveis para investimento. Isto constituiu um poderoso estímulo à municipalização e só pôde ser realizado mediante o acompanhamento e a sustentação dos ERSAs. (JUNQUEIRA, 1996). Este movimento não se reproduziu da mesma maneira em todos os Estados, havendo muita

dificuldade na articulação das estruturas das SESs com os serviços do INAMPS, que resistiram muito à sua incorporação.

A aprovação da Constituição e a responsabilização municipal pela assistência à saúde, associadas ao papel supletivo do Estado, poderiam acelerar este processo. Entretanto, a crise econômica e a não transferência de recursos econômicos para os Estados e municípios congelaram o processo, com significativo impacto na atuação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que só seria intensamente retomado a partir de 1998, conforme discutido acima. No município de São Paulo, a condição de prefeitos eleitos sempre em oposição aos governos estaduais, desde 1985, impossibilitou sucessivamente que a articulação para a municipalização avançasse de fato, o que acabou por desestruturar definitivamente o Projeto proposto pelo PMS.

No Estado de São Paulo, o processo de municipalização concentra-se nas condições de Gestão Plena da Atenção Básica, onde o município é responsável apenas pela atenção básica, cabendo ao Estado gerenciar a prestação dos serviços de média e alta complexidade. Por outro lado, na Região Metropolitana da Grande São Paulo, onde se concentram as OSs, está o maior número de municípios e de população sob condição de gestão plena da atenção integral e de municípios Pólo pela NOAS, (DATASUS,2002) e portanto com maior autonomia e responsabilidade para gerir o conjunto de serviços situados em sua área geográfica, o que pode gerar situações de disputa pela gestão das OSs, ou pelo menos para o recebimento do teto referente à sua produção.

O papel regional que parte das OSs cumprem em São Paulo, bem como o volume do recurso orçamentário próprio do Estado comprometido com a proposta, seriam per se um limitante à perspectiva da municipalização automática destes serviços. Entretanto, a implementação do atual projeto das OSs na região metropolitana ainda recoloca a questão, quase vinte anos depois do início do Plano Metropolitano de Saúde (PMS), sob uma nova

conjuntura, a da construção de um projeto pactuado entre os diferentes gestores de um sistema regionalizado, hierarquizado e de atendimento integral na Região Metropolitana da Grande São Paulo.

2.5 Parceria Estado-Terceiro Setor: outro componente importante da Reforma

Um componente fundamental da proposta de reforma do Estado diz respeito à parceria que se pretende estabelecer entre Estado e sociedade civil. Até o momento discutimos esta relação apenas do ponto de vista do Estado, particularmente da necessidade do estabelecimento das relações contratuais entre as partes, de suas lógicas e de seus riscos. Neste sentido, os princípios da Administração Pública Gerencial deveriam reger todas as relações entre o governo e os agentes prestadores de serviços, havendo a preocupação de uma especial ênfase na prestação de serviços no setor social à priorização e ao fortalecimento do relacionamento com a sociedade civil, não apenas com as organizações filantrópicas ou sem fins lucrativos, mas inclusive induzindo o surgimento de organizações comunitárias locais, menos formalizadas que aquelas, porém com algum grau de institucionalização com as quais fosse possível estabelecer um contrato de parceria. No caso do Brasil, a criação do Conselho da Comunidade Solidária e a Lei 9.790/99, que cria as Organizações Sociais Civis de Interesse Público, por exemplo, pretende neste sentido, a um só tempo: criar mecanismos de relacionamento mais ágeis e diretos com organizações sociais locais, como as Organizações Não Governamentais (ONGs), porém através de instrumentos mais voltados para a observação de resultados que os tradicionais e mal gerenciados convênios, cuja auditoria e avaliação com frequência estão mais direcionados para a correta observação dos processos

legais; induzir uma estruturação mínima destas ONGs, ou de quaisquer outras organizações existentes, de forma a se permitir formalizar uma relação contratual, obedecendo os princípios da atuação pública; fomentar a organização da sociedade civil; e aproximar a prestação de serviços da comunidade, aproveitando iniciativas locais já estabelecidas. É neste sentido que o assim chamado Terceiro Setor surge como parceiro prioritário do Estado no seu processo de reforma, particularmente no setor social. (IOSCHPE, 1997; FERRAREZI, 2000)

A discussão sobre o Terceiro Setor, entretanto, merece ser ampliada para além da relação contratual, no sentido de se conhecer melhor como se constitui, como se comporta e eventualmente que interesses tem este “setor” no país e no mundo.

O termo Terceiro Setor é bastante genérico e incorpora no seu interior uma diversidade significativa de organizações. Como explica FERNANDES (1997), o Terceiro setor é um conceito traduzido do inglês (*third sector*) e de uso corrente no vocabulário sociológico nos Estados Unidos, porém ainda não tão difundido no Brasil. Agrega um conjunto de instituições que também podem ser reconhecidas por diferentes expressões – nos Estados Unidos, também são chamadas de organizações sem fins lucrativos, ou organizações voluntárias. Como não distribuem lucro, são organizações criadas por um ato exclusivo de vontade de seus fundadores e devem durar no tempo em função de um conjunto de adesões e contribuições voluntárias. Já a lei inglesa fala de caridades, enfatizando o aspecto da doação (de si para o outro), ou filantropia, alternativa mais moderna à caridade religiosa. O termo Organizações não Governamentais tem sua origem no sistema de representações das Nações Unidas, para identificar organizações internacionais de grande relevância que deveriam ter presença formal na Organização das Nações Unidas (ONU), porém não representavam governos – a Organização Mundial do Trabalho (OMT) é um exemplo. Parte delas passou também a desenvolver trabalhos de cooperação e desenvolvimento no Terceiro Mundo. No Brasil, o termo ONG, derivado deste processo de cooperação internacional, ganhou força

durante os anos 70, associado a projetos de desenvolvimento, porém numa época de grandes confrontos ideológicos. Em função disso, tem grande aproximação com o discurso e a agenda das esquerdas.

Outro termo freqüente é sociedade civil, conceito derivado do século XVIII, que designava um plano intermediário de relações entre natureza pré-social e o Estado, onde se completaria a socialização pela obediência a leis universalmente reconhecidas. Inclui, portanto, a totalidade de organizações particulares que interagem na sociedade (entre elas, as empresas e seus negócios), integradas pelas leis nacionais. Entretanto, ganhou outro significado por sua incorporação pela esquerda. O seu significado destaca um espaço próprio, não-governamental, de participação nas causas coletivas, onde através dela os indivíduos exerceriam sua cidadania de forma autônoma. Assim, enquanto espaço de integração cidadã ela se distingue do Estado, e enquanto espaço de promoção de direitos coletivos se distingue do mercado, formando portanto um Terceiro Setor. (FERNANDES, 1997)

Portanto, para Fernandes, “O Terceiro Setor é composto de organizações sem fins lucrativos, criadas e mantidas pela ênfase na participação voluntária, num âmbito não governamental, dando continuidade às praticas tradicionais de caridade, da filantropia e do mecenato, e expandindo o seu sentido para outros domínios, graças, sobretudo, à incorporação do conceito de cidadania e de suas múltiplas manifestações na sociedade civil.”

CARDOSO (1997), reconhecendo também a grande diversidade de organizações que fazem parte do Terceiro Setor – ONGs, instituições filantrópicas, organizações voltadas a defesa de interesses específicos (mulheres, negros, povos indígenas), promoção de cultura e lazer, trabalho voluntário e filantropia empresarial – identifica, entretanto, o Terceiro Setor como um espaço de participação e experimentação de novos modos de pensar e agir sobre a realidade social. Este espaço de uma esfera pública não estatal e de iniciativas privadas com sentido público enriquece e dá complexidade à dinâmica social. Introduce a lógica da

sociedade civil, marcada pela defesa de interesses específicos e a experimentação de formas inovadoras de ação. Esta lógica, sem substituir a obrigação do Estado para com as políticas universais, poderia, através de parceria, permitir de uma forma mais eficaz a construção de alternativas de abordagem diferenciada para questões sociais específicas.

Portanto, o Terceiro Setor cumpriria um conjunto de funções que justificariam a inclusão de toda esta diversidade de organizações sob um mesmo nome. **Faz contraponto às ações do governo**, por ter inserção em várias áreas onde o governo atua. Considerando que a manutenção da ordem é direito e responsabilidade de todos, a internalização desta idéia contribui de forma significativa para a cultura cívica e para os modos de conduzir as políticas públicas. **Faz contraponto às ações de mercado**, por abrir o campo dos interesses coletivos para a iniciativa individual, emprestando-lhe nova forma e visibilidade. As entidades que atuam no Terceiro Setor pressionam a cultura empresarial para que ela se torne mais consciente de suas limitações. E **projeta uma visão integradora da vida pública**, pois denominando-se Terceiro Setor, supõe um primeiro e um segundo, enfatizando a complementaridade entre as ações públicas e as ações privadas. Assim, o Estado dá ao Terceiro Setor os parâmetros legais para a sua atuação. Ao mesmo tempo, o Terceiro Setor também depende do correto desempenho das políticas públicas para o seu desempenho adequado, na medida em que aponta problemas e faz cobranças ao governo. Por outro lado, quer por suas insuficiências operacionais, quer pela natureza do trabalho que realiza, sem o mercado, os bens e serviços produzidos pelo Terceiro Setor tenderiam a se reduzir às dimensões do mecenato e da caridade. A expansão das organizações sem fins lucrativos é complementar à dinâmica do mercado, na medida em que marca as insuficiências e limitações deste mercado, denuncia seus abusos e assimila inovações, direcionando-as para áreas excluídas ou ignoradas. A complementaridade entre os setores não exclui conflitos;

entretanto, é uma visão dinâmica, geradora de muitas histórias possíveis. (FERNANDES, 1997)

O termo Terceiro Setor exige, contudo, uma definição mais específica. Esta definição tem gerado muita controvérsia, hoje existindo duas correntes predominantes que procuram estabelecer os limites entre o Estado, o setor privado e o Terceiro Setor. (LANDIM, 1993, 1999; MEREGE & QUEIROZ, 2000)

A corrente européia identifica o Terceiro Setor com a economia social, englobando organizações que exercem atividades econômicas, distribuídas entre os setores do cooperativismo (onde a figura do trabalhador se identifica com a do empresário), do mutualismo (onde o uso de serviços se realiza mediante a adesão à organização) e do associativismo (onde predomina a livre associação dos cidadãos). Tais organizações têm como princípios: colocar a prestação de serviços de seus membros ou a comunidade acima da simples busca de lucro; são dotadas de autonomia administrativa, particularmente frente ao Estado; são geridas através de um processo democrático na sua organização interna para a tomada de decisões; e colocam a primazia das pessoas e do trabalho sobre o capital na distribuição dos resultados de atividades. Uma variante da economia social seria a economia solidária, que valoriza substancialmente os atores sociais provenientes da comunidade. Aqui, as organizações realizam atividades econômicas marcadas pelo princípio da reciprocidade, contrariamente à economia de mercado, onde predomina o intercâmbio comercial. As organizações que compõem a economia solidária teriam, assim, as seguintes características: um objetivo social, o que implica na submissão da lógica mercantil à lógica solidária; o estabelecimento de relações pessoais e de proximidade, criando nos membros um sentimento de identificação e de pertencimento; a participação de diferentes atores (assalariados, voluntários e usuários) e outros parceiros locais na gestão interna da organização, como também na construção conjunta da demanda e da oferta de bens e serviços; e a utilização de

diferentes recursos, como os originados de operações comerciais, não-comerciais (financiamentos do Estado) e não-monetários (voluntariado e donativos). (ANDION, 1998)

A linha de pensamento americana, identificada com o Center for Policy Studies da Johns Hopkins University, assim define o Terceiro Setor:

- organizações formalmente estruturadas, com algum grau de institucionalização, excluídos os agrupamentos temporários, mas necessariamente incluídas as organizações informais;
- organizações que não integram o aparelho governamental ou que têm identidade autônoma, distintas das organizações governamentais;
- organizações que se auto gerenciam, controlando suas atividades de modo independente;
- organizações que não distribuem lucros entre donos ou diretores, ou seja, não têm fins lucrativos, ainda que possam gerá-los desde que reaplicados em suas atividades fins;
- organizações que envolvem algum grau de participação voluntária, seja em suas atividades, gerenciamento ou direção, seja no sentido de não serem compulsórias, excluídas aquelas cuja adesão é determinada por alguma lei ou regulamento – o que significa a exclusão das instituições religiosas e dos sindicatos.

Tais enfoques apresentam duas grandes diferenças: a primeira é que a definição da Johns Hopkins, ao excluir a distribuição de lucros entre seus diretores, acionistas ou associados, não considera o grupo das cooperativas e do mutualismo, incorporando apenas o associativismo, onde o excedente econômico deve ser aplicado na atividade meio da organização.

Esta diferença na classificação evidentemente implica em diferentes perspectivas a respeito dos projetos e do papel do Terceiro Setor no conjunto da sociedade. Os teóricos da economia social consideram que, ao enfatizar o processo democrático interno das

organizações através de seus princípios cooperativos, esta se constituiria na base da estruturação de uma nova democracia econômica, rompendo com a ditadura de uma cultura do lucro sobre o atendimento às pessoas ou à comunidade. Seu foco estaria voltado mais para o desempenho e os princípios de cooperação interna de seus membros, e em diferentes organizações no campo social – empresas e empreendimentos sociais – do que para a distribuição ou não de lucro. Assim, a economia social apontaria para uma perspectiva de transformação da natureza do capitalismo, enquanto a visão norte americana entende o Terceiro Setor como mais um setor do capitalismo, ainda que com características próprias. É interessante notar que, para alguns teóricos da economia solidária, a economia social também incorre na mesma perspectiva norte-americana, em função de sua abordagem muito economicista, voltada para o desempenho de suas instituições, e de limitar o seu enfoque à questão da redistribuição, enquanto a economia solidária atuaria articulando o campo da política e o campo econômico. Ou seja, sob esta perspectiva, suas organizações se inscreveriam no campo político, através da criação de uma entidade coletiva num espaço público conflituoso, articulando os atores envolvidos de forma a promover uma crítica aos sistemas institucionais constituídos e, portanto, promovendo uma crítica construtiva das práticas da economia social. (ANDION, 1998)

EDWARDS & HULME (1996), por sua vez, critica a classificação genérica das organizações sem fins lucrativos como sendo componentes reais do Terceiro Setor, entendido enquanto um setor situado entre o governo e o mercado. Para ele, as organizações sem fins lucrativos, que prestam serviços a toda a comunidade, tendem a se comportar da mesma forma que as organizações lucrativas. Com a única diferença que aquelas representantes de setores específicos, ou constituídas de forma cooperativa a prestar serviços para determinados grupos, tenderiam a trabalhar dentro de uma lógica de favorecimento de seus membros em detrimento da valorização do desempenho econômico.

A necessidade de uma definição para o Terceiro Setor surgiu do fato de que, embora ele possua características próprias que o diferenciam do Estado e do setor de Mercado, ele não aparecia como um setor da economia, estando camuflado no setor de serviços. O conceito da Johns Hopkins, em função da capacidade de articulação e do investimento em pesquisas de campo, acabou ganhando mais visibilidade, tendo sido aplicado inicialmente em pesquisas comparativas entre seis países desenvolvidos e um do leste europeu no início da década de 90, estendendo-se depois para países da América Latina, África e Ásia. No Brasil, o Instituto de Estudos da Religião (ISER) desenvolveu uma pesquisa no final da década, seguindo esses parâmetros.

2.5.1 O TERCEIRO SETOR NO BRASIL

A pesquisa desenvolvida pelo ISER (LANDIM, 1999) segue a metodologia desenvolvida pela Johns Hopkins e visa avaliar os critérios econômicos do Terceiro Setor, em termos de participação no Produto Interno Bruto (PIB) e na geração de emprego. Aparecem ainda algumas outras informações relativas ao perfil do setor e às fontes de recursos globais em cada uma das categorias analisadas. A pesquisa apresenta dados relativos a 1995 e incorpora as organizações incluídas nos critérios já apresentados, o que significa, portanto, que não estão incluídas aqui as cooperativas e as organizações mutualistas.

As organizações foram classificadas por área de atividade, englobando os seguintes setores: Cultura e Recreação, Educação e Pesquisa, Saúde, Assistência Social, Ambientalismo, Desenvolvimento e Defesa de Direitos, Religião e Associação Profissional.

Assim, em relação ao PIB, o Terceiro Setor participa com cerca de 1,5% do produto do país, correspondendo a cerca de R\$10,9 bilhões de reais, o que, para aquele ano, significa uma quantidade muito próxima em dólares. É uma participação bastante modesta quando comparada com outros países desenvolvidos, que varia de 6,3% nos Estados Unidos a

2,0% na Itália. Apresenta, portanto, uma grande possibilidade de expansão, o que é reiterado pela expansão de emprego no setor nos anos de 1991 a 1995. Neste período, enquanto a população ocupada total cresceu 20%, a população ocupada no setor sem fins lucrativos cresceu 44%.

As áreas com maior concentração são Educação e Pesquisa, com 34%, seguidas de Saúde, com 16,4%, Cultura e Recreação, com 15, 7%, e Assistência Social, com 15, 2%. Por outro lado, os setores que mais cresceram no período foram Associações Profissionais – 94,57%; Cultura e Recreação – 92,99%; e Assistência Social – 70%. Chama a atenção o fato de a área da Saúde, no período, ter crescido apenas 17,97%, abaixo inclusive da média nacional para o conjunto da economia.

Com relação às origens dos recursos que mantêm as atividades do setor, a principal fonte no Brasil são as receitas próprias, que contribuem com cerca de 68%, sendo 15% de participação governamental, 14% de doações privadas de pessoas físicas, e 3% de doações privadas de empresas. Frente à média dos demais países, chama a atenção o fato de o setor público contribuir com 43%, e 47% serem receitas próprias, enquanto as doações privadas contribuem com apenas 10%. (LANDIM, 1999)

É interessante observar que, segundo esta pesquisa, 89,6% dos recursos da Saúde vêm de receitas próprias, incluindo aí as receitas provenientes de vendas de serviços, entre elas o SUS.

2.5.2 O TERCEIRO SETOR NA SAÚDE

A presente discussão se baseia na pesquisa realizada pela Fiocruz, em parceria com o BNDES, relativa ao perfil dos hospitais filantrópicos no Brasil. (BARBOSA, 2002)

Os hospitais filantrópicos representam aproximadamente um terço do parque hospitalar do Brasil, com 1.917 unidades e 132 mil leitos, apresentando uma enorme

diversidade em termos de características da instituição, vinculação ao SUS, distribuição, vinculação com o sistema supletivo, complexidade e tecnologia incorporada, desempenho econômico financeiro etc.

Segundo os dados do Ministério da Saúde, em novembro de 2002, entre os 5.785 hospitais cadastrados no SUS havia 1.677 hospitais filantrópicos, o que representava 29% do total de hospitais e 48% dos hospitais privados. Em termos de leitos cadastrados, os hospitais filantrópicos geriam 33% dos 441.371 leitos do SUS, o que representava 52% dos leitos privados cadastrados. (DATASUS, 2002)

A situação dos hospitais filantrópicos no Brasil é condicionada por dois grandes temas: a regulamentação e os critérios para reconhecimento da filantropia, que dá acesso à obtenção de diversas isenções e imunidades.

A qualidade do financiamento do SUS é a principal fonte de sustentação da maioria das instituições que atuam no sistema.

Em função das dificuldades de sustentação do BNDES, como estímulo o Ministério da Saúde lançou um programa de apoio ao desenvolvimento institucional dos hospitais filantrópicos no Brasil.

Para fazer jus à filantropia, um dos principais documentos exigidos é o certificado de entidade beneficente de assistência social. Para acessar esta certificação, as entidades precisam demonstrar que, nos três anos anteriores à solicitação:

1. estão legalmente constituídas no país e em efetiva funcionamento;
2. estão inscritas no Conselho Municipal de Assistência Social do município de sua sede ou no conselho estadual de assistência social;
3. estão registradas no conselho nacional de assistência social;

4. aplicam em suas rendas, recursos e resultados operacionais integralmente no território nacional e na manutenção e no desenvolvimento de objetivos institucionais;
5. aplicam doações e subvenções nas finalidades a que estejam vinculadas;
6. aplicam anualmente em gratuidade pelo menos vinte por cento da sua receita bruta, proveniente da venda de serviços acrescida da receita decorrente de aplicações financeiras, locações de bens, venda de bens não integrantes do ativo imobilizado de doações particulares;
7. não distribuem resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas de seu patrimônio, sob nenhuma forma ou pretexto;
8. não permitem que seus diretores, conselheiros sócios, instituidores, benfeitores ou equivalentes recebam remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos;
9. destinam seu patrimônio em caso de dissolução a entidades congêneres;
10. não constituem patrimônio de indivíduo ou de sociedade sem caráter beneficente de assistência social (MAKIYAMA, 2002)

A partir daí, podem solicitar isenção de imposto e contribuições governamentais. A partir da Lei No. 9.732/98, a isenção total só pode ser obtida se a instituição prestar mais de 60% de seus atendimentos ao SUS. Esta exigência gerou uma batalha jurídica em relação à sua aplicação ou não, sendo concedida liminar referendada pelo Superior Tribunal Federal, que mantinha a isenção total desde que a instituição destinasse 20% de sua receita bruta a serviços gratuitos. (IBAÑEZ, 2002)

A partir de agosto de 2002, o Decreto Presidencial No. 4.327 estabelece que a instituição pode ser considerada filantrópica se ofertar 60% ou mais de seus leitos ao SUS, ou

for considerada Hospital estratégico pelo SUS. No caso de o gestor do SUS não suportar este atendimento, deverá demonstrar aplicação em atividades gratuitas de 5 a 20% de sua renda mediada pela oferta de serviços do SUS. (BARBOSA, 2002)

Se este processo representa, portanto, uma vitória da capacidade de pressão dos hospitais sobre o sistema para manterem suas isenções, por outro permite que o Sistema não venha a perder um prestador importante, mesmo que este não venha a cumprir com a exigência de 60% do atendimento.

A segunda ordem de questões diz respeito à capacidade de sobrevivência do setor face o financiamento do SUS.

Segundo o estudo feito por Barbosa, 81% por cento dos hospitais filantrópicos atuam no interior e 56% são os únicos serviços de internação. 42% encontram-se em municípios com menos de 20.000 habitantes. Por outro lado, entre 70 e 80% da produção efetuada destina-se ao SUS, independentemente do tamanho da instituição. Em função disto, 38% das internações no Sistema são realizadas por estes serviços. Por outro lado, 75% dos serviços têm até 100 leitos e 42% operam com menos de 50 leitos.

As sociedades que conseguem obter maior número de isenções, no entanto, são as maiores instituições com maior rendimento e melhor desempenho econômico. Para o total dos serviços, 645 da renda é proveniente do SUS e para os grandes serviços este total perfaz 50%, com 31% decorrente de recursos de convênios. Há, portanto, um ajuste significativo do setor ao sistema de saúde suplementar. Ao mesmo tempo, grande parte das entidades recebem recursos regularmente de Secretarias estaduais de saúde, perfazendo o quesito subvenções cerca de 10% das receitas. Cerca de 75% por cento das receitas são provenientes da área da saúde.

A maior parte das instituições referem ter aumentado ou mantido sua atividades com o SUS nos últimos três anos. Entretanto, apenas 46% por cento do total das instituições apresentaram saldo positivo (56% nas grandes organizações) no conjunto das organizações.

Tais informações indicam, portanto, a importância que os hospitais têm para o SUS, sua interdependência mútua, bem como a precariedade na remuneração dos procedimentos, o que acaba gerando uma situação de ciclo vicioso, onde o setor federal paga mal, o serviço não é desempenhado de forma adequada e fica dependente de doações clientelísticas “para pagar a folha” no final do ano, e portanto sem nenhuma repercussão positiva para o sistema em termos de melhoria de desempenho, ou contrapartida além de simplesmente continuar existindo. É nesta direção que o estabelecimento de relações contratuais mais claras e compromissadas pode representar uma avanço importante na gestão do setor público.

2.5.3 O TERCEIRO SETOR NA SAÚDE EM SÃO PAULO

Em São Paulo, em novembro de 2002, os hospitais filantrópicos (371) constituíam 58% do total de hospitais cadastrados (633), representando 84% dos hospitais privados no SUS. Em São Paulo estão 30% dos leitos filantrópicos do país. Os hospitais filantrópicos gerenciam 80% dos leitos privados cadastrados e 49% do total de leitos do SUS no Estado. (DATASUS, 2002)

Segundo IBÁÑEZ (2002), a instalação das Santas Casas no Estado acompanha o desenvolvimento do complexo cafeeiro, que avançou pelo Vale do Paraíba e se dirigiu para o oeste do Estado a partir de Campinas. Acompanhando este movimento, as Santas Casas são também instituídas em regiões mais distantes, em razão da tradição histórica de colonização e ocupação do território, chegando em algumas delas a ser o único recurso instalado.

Neste sentido, dada a dimensão e tradição que o setor filantrópico representa na atenção à saúde no Estado de São Paulo, era de se esperar a constituição de parcerias para além da simples venda de serviços ao SUS.

2.5.4 REQUISITOS PARA O RELACIONAMENTO ENTRE O ESTADO E O TERCEIRO SETOR

O estabelecimento de uma relação de parceria entre o Estado e o setor sem fins lucrativos não deve ocorrer apenas com base em um aparato jurídico adequado e na declaração de intenções do setor governamental de priorizar suas relações com o Terceiro Setor. Devem existir de fato espaços contínuos de negociações, a fim de se estabelecer uma relação de confiança, onde ambas as partes se comprometam e sejam capazes de realizar aquilo que foi acordado.

Esta seção pretende, portanto, identificar que princípios deveriam ser observados para o sucesso das parcerias, visando o estabelecimento de relações de confiança mútua que potencializassem a ação coletiva de ambos os parceiros.

Neste sentido, é particularmente interessante a discussão realizada por KANTER (1999), ao propor um novo paradigma de relacionamento entre o setor social e o setor empresarial. Aqui, a autora não se refere especificamente a organizações sem fins lucrativos; ao contrário, considera que algumas empresas têm visto as necessidades das comunidades como oportunidades para identificar e desenvolver idéias, servir e obter novos mercados, e solucionar problemas há muito tempo estabelecidos no setor empresarial. Sua discussão referente às condições para uma boa parceria no setor social são, no entanto, bastante sugestivas para o seu aproveitamento por governos e organizações do Terceiro Setor.

Clareza de objetivos e identificação de oportunidades: a relação entre o foco da empresa, a necessidade social específica e o objetivo da parceria; o desenvolvimento de tecnologia, descoberta de novos mercados ou a agregação de capital político e influência em políticas reguladoras, para se reposicionarem frente a instituições públicas das quais dependem, para aumentar sua imagem pública de liderança ou para estabelecer melhor relacionamento com os governantes públicos.

Identificação de parceiros atuando no setor: Isto pressupõe, portanto, a presença de organizações sociais comprometidas e de lideranças que já estejam trabalhando no setor. Tais parcerias são necessárias a fim de garantir legitimidade política, bem como criar condições para uma mudança sistêmica, e não apenas projetos isolados. O acesso a mercados não servidos pode constituir o suporte para uma grande diversidade de outras iniciativas.

Investimento mútuo: Este pressuposto garante o comprometimento integral dos parceiros. Isto cria compromisso mútuo, assim como assegura que os parceiros da comunidade sustentarão as atividades quando o tempo de contribuição das empresas acabar.

Envolvimento mútuo: É fundamental um forte comprometimento do quadro de pessoal de ambas as instituições. Os profissionais envolvidos devem estar entre os melhores de cada parceiro, assim como ter capacidade para decidir sobre os rumos do projeto.

O aprendizado calcado na comunidade: O aprendizado necessário para o desenvolvimento do projeto de inovação deve ser fortemente calcado na experiência do usuário na comunidade, alocando-se a equipe de desenvolvimento na própria comunidade. Ainda que possam existir significativas diferenças culturais entre os parceiros envolvidos, esta convivência é fundamental para o alcance de um produto adequado às aquelas necessidades.

Agregação de novas expertises: Para o sucesso do projeto, a empresa precisa contar também com a expertise de outros atores atuando naquela comunidade, detentores de capacidades complementares. Neste sentido, um elemento importante para este processo é a capacidade de articular os diferentes interesses e negócios, na direção de um objetivo que agregue valor a todos os envolvidos.

Longo Prazo: É necessário um comprometimento de longo prazo para permitir a sustentação e a replicação da solução. Este novo paradigma de relacionamento requer um comprometimento sustentável. Grande parte dos problemas que devem ser enfrentados exigem soluções nunca testadas anteriormente, em termos de tecnologias, complexidades

políticas, situações que não estão sob o controle de qualquer dos parceiros, implicando que o plano inicial seja pouco mais que uma declaração de intenções. Isso pressupõe a disponibilidade de um tempo razoável para o aprendizado mútuo do relacionamento e para o desenvolvimento das novas soluções. Portanto, os investimentos no setor social freqüentemente exigem um capital mais “paciente”. (KANTER, 1999)

Assim, para Kanter, esta abordagem do setor social não se caracteriza por caridade, mas é uma oportunidade para o aprendizado e para o desenvolvimento de negócios, apoiados por pesquisa e desenvolvimento e, por vezes, por altos fundos de operação, não por filantropia.

Tais requisitos não precisam também ser exclusivos para o setor lucrativo, mas podem perpassar por perspectivas de relacionamento entre o Estado e novos parceiros, lucrativos e não lucrativos.

Segundo SAGAWA & SEGAL (2000), as alianças entre os setores corporativos e beneficentes deveriam seguir um conjunto de diretrizes:

- Conexão entre os propósitos das organizações, entre seus dirigentes estratégicos e entre os funcionários de ambos os níveis da organização, permitindo a criação de vínculo e comprometimento mútuo – qualidade da interação entre líderes e profissionais envolvidos;
- Clareza de objetivos entre as organizações – estabelecimento de uma declaração de propósitos conjunta, bem como de um portfólio de colaborações que podem ser desenvolvidas entre as partes e as diferentes funções que caberão a cada um dos envolvidos;
- Congruência de missão, estratégia e valores – identificação das áreas de coincidência atuais e potenciais entre as organizações, da forma como cada parceiro pode auxiliar o

outro no alcance de sua missão, e até que ponto a cooperação é uma ferramenta estratégica para cada parceiro;

- Criação de valor – até que ponto os recursos de cada parceiro têm valor para o outro, que benefícios a cooperação renderá para cada um, quais os novos recursos e capacidades que podem ser criados pela cooperação, e a distribuição equitativa dos recursos;
- Comunicação entre os parceiros – qual é o nível de respeito e confiança entre os parceiros, como se dá a comunicação (veículos e canais, como é administrada a comunicação interna e externamente), existe uma estratégia coordenada de comunicação externa da parceria?
- Continuidade de aprendizado – o que cada parceiro aprendeu e de que forma este aprendizado foi incorporado à cooperação e à própria organização, a existência de um processo de avaliação rotineira do aprendizado obtido;
- Compromisso com a parceria – qual o nível de compromisso organizacional com a parceria e de que forma ele é demonstrado; as tendências da parceria em termos de investimentos; as expectativas mútuas são altas, as expectativas e compromissos são compatíveis com sua capacidade de execução?

RYAN (1999), no entanto, apresenta uma posição mais céptica em relação ao estado empresarial desenvolvido pelos governos e suas conseqüências em relação à parceria com as organizações sem fins lucrativos.

O movimento de reinvenção governamental tem fundamentado suas ações na perspectiva de que cabe ao governo estabelecer as políticas, deixando aos demais prover os serviços, criando, portanto, abundantes oportunidades para quem delas possa tirar vantagens. Este ambiente de valorização do mercado poderia reorientar a posição tradicional do governo, estimulando a realização de contratos fundamentados em performances, envolvendo contratos de risco, pagamento por desempenho e premiação por resultados desejados. Ainda que poucos

contratos de serviços sociais sejam integralmente baseados nestes critérios, tais princípios favoreceriam a entrada do setor lucrativo no mercado, em função da maior disponibilidade de capital, dimensão e possibilidade de economia de escala, mobilidade, eficiência gerencial e capacidade de resposta sem grandes questionamentos à política governamental.

Ainda que não tenham sido demonstradas diferenças significativas de desempenho entre ambas as organizações, a tendência poderia ser favorável ao privilegiamento de empresas melhor estruturadas em termos de capital disponível e tecnologia agregada das organizações lucrativas.

Nos Estados Unidos, as empresas sem fins lucrativos têm respondido de diferentes formas: transformando-se em organizações lucrativas, fundindo-se com organizações lucrativas como forma de manter sua personalidade própria, ou criando subsidiárias de caráter lucrativo que possam desempenhar determinadas atividades essenciais e específicas a esta condição.

Considerando que as organizações lucrativas vão continuar desempenhando um papel importante na prestação de serviços sociais, quais características das organizações não lucrativas podem fazer diferença?

As organizações não lucrativas têm toda uma história de *accountability* muito maior junto à sua clientela. Tendem a ter maior experiência na prestação de serviços sociais. Com frequência, as organizações não lucrativas reaplicam seus recursos em seu próprio pessoal ou na empresa, com a finalidade de cumprir melhor sua missão. Isto, eventualmente, cria condições para prestação de assistência a setores ou grupos populacionais não cobertos originalmente por contratos governamentais. Tais organizações são também menos susceptíveis a abandonar sua clientela em situações de redução de financiamento, ou a procurar novos mercados em situações desfavoráveis, terminando por assumir casos mais graves e mais dispendiosos.

São também instituições que tendem a advogar mais as políticas públicas de longo prazo favoráveis às suas comunidades do que as políticas de curto prazo dirigidas ao incremento da lucratividade.

Esta capacidade do setor governamental para desenhar e fazer cumprir contratos capazes de promover serviços eficientes, enquanto protegem as necessidades dos clientes individuais por serviços humanos e de alta qualidade, ainda está sendo construída. A tradição de lutar por mais fundos governamentais, desenvolver *staff* e garantir o cumprimento dos projetos tem sido característica das organizações não lucrativas.

Ryan acaba concluindo que nem sempre este esforço de transformação das organizações não lucrativas para a competição é necessariamente positivo, na medida em que possibilita a promoção de uma inversão de valores que pode descaracterizar definitivamente a organização não lucrativa.

No setor da saúde, até por um princípio constitucional, o setor governamental não pode transferir recursos de investimento para o setor privado lucrativo, o que também se dá com a regulamentação das OSs e das OSCIPs. Entretanto, as relações de parceria não deveriam se realizar apenas através de relações jurídicas, mas sim da identificação e do desenvolvimento de interesses conjuntos na oferta de serviços à comunidade.

SALAMON (1995, 1987) desenvolve, por outro lado, uma série de considerações relativas às teorias econômicas que sustentariam a atuação das organizações sem fins lucrativos:

A primeira delas diz respeito a falhas do governo. O governo, ao prover serviços e bens universais baseados num valor mediano na sociedade, deixaria de lado alguns grupos específicos em relação aos quais atuariam as organizações sem fins lucrativos. Uma segunda teoria - *contract failure* - diria respeito à desconfiança causada nos usuários para a utilização de organizações lucrativas na prestação de determinados serviços, como, por exemplo,

cuidado a idosos, cuidado domiciliar etc, onde a necessidade de lucro em relação à intensidade da atenção necessária poderia gerar desconfiança em relação ao cuidado prestado. Estas duas teorias explicariam uma atuação suplementar das organizações não lucrativas.

Por outro lado, SALAMON (1998) identifica que freqüentemente o Estado e o Terceiro Setor atuam juntos. Isto se justificaria, por um lado, devido a uma maior adaptabilidade e flexibilidade do setor em desenvolver modalidades assistenciais mais custo-efetivas em setores onde o mercado não atua e onde o setor governamental, por sua maior rigidez e custos de produção interna, não seria tão eficiente, em decorrência, por exemplo, de custos de pessoal, custo para diversificação de padrões diferenciados de atenção a clientela diversas etc. Por outro lado, nestes setores onde o mercado não atua, o setor sem fins lucrativos também não poderia sobreviver sem o devido apoio governamental, devido à sua não rentabilidade, ou à dificuldade, por exemplo, de cobrar diretamente da clientela e não através de uma base solidária como aquela desenvolvida pelo Estado. Esta teoria, portanto justificaria o padrão cooperativo entre o Estado e o Terceiro Setor.

Tais combinações, no entanto, não devem ser vistas como estáveis – as relações podem variar em função de determinantes econômicos e sociais e, por isso, vão variar ao longo do tempo. YOUNG (2000), combinando as diferentes teorias econômicas que explicam o surgimento das organizações sem fins lucrativos, identifica três possibilidades de atuação das organizações sociais em relação ao governo: a) operar independentemente de forma suplementar ao governo; b) operar complementarmente ao governo, numa relação de parceria; c) engajar-se numa relação adversa e de *accountability* mútua em relação ao governo. Para Young, tais relações não são mutuamente excludentes e suas combinações contribuem para redirecionar a atuação do Estado, promovendo o desenvolvimento ou fortalecimento de um ou outro padrão.

NAJAM (2000) aborda esta questão analisando as diferentes combinações de similaridade ou não entre objetivos e meios desenvolvidas por governos e organizações do Terceiro Setor num mesmo campo de atuação institucional, constituindo assim quatro modelos de relacionamento: cooperação, no caso de objetivos e meios similares; confrontação, no caso de finalidades e meios dissimilares; complementaridade, no caso de finalidades similares e meios dissimilares; e cooptação, no caso de objetivos dissimilares, mas meios similares.

Dentro do grupo de discussão do capital social, destaca-se o importante estudo desenvolvido por EVANS (1997). Este autor, através de diversos estudos de caso em países em desenvolvimento identifica o papel central das instituições na formação de capital social através de uma sinergia na relação entre o Estado e a sociedade civil. Evans trabalha com um conjunto de conceitos articulados.

O primeiro deles diz respeito à *Embedded Autonomy* (autonomia inserida), que ocorre quando se combina uma forte tradição burocrática entre os agentes públicos (meritocracia, carreiras de longo prazo, senso de dever e lealdade) com uma relação não de captura, mas de cooperação e confiança, em relação ao setor privado. Assim, o Estado é dotado de **autonomia**, na medida em que exerce a autoridade através de um forte aparato burocrático, e possui **inserção** no setor privado, na medida em que estabelece laços e normas de confiança que asseguram cooperação para o alcance de objetivos econômicos. Autonomia e inserção podem produzir, no entanto, resultados perversos um sem o outro. Sem autonomia, a distinção entre inserção e captura desaparece. Em seus estudos de caso, Evans incluiu o Brasil, identificando aqui algumas ilhas de excelência no serviço público, como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), que viabilizaram um número razoável de projetos setoriais de transformação industrial. Entretanto, mostra também certas

relações de captura do serviço público por grupos privados ou oligarquias tradicionais, tornando as relações individualizadas e não institucionalizadas.

A **sinergia** criada, capaz de produzir capital social, pode ser também de dois tipos: **complementaridade** ou **inserção**, em que a complementaridade estaria baseada na relação tradicional de parceria entre o Estado e a sociedade, e a inserção envolve uma parceria que vai mais além, ultrapassando a barreira meramente contratual para criar relações de cooperação mais estreitas, onde o Estado assume também a tarefa de promover condições adicionais de suporte e aprendizado mútuo, ou aproveita condições latentes na comunidade que facilitem esta relação.

Neste sentido, a construção de capital social não dependeria apenas da história da comunidade, mas poderia também ser algo contingente que pode ser produzido ou destruído.
(FERNANDES, 2002)

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o processo de implantação das Organizações Sociais de Saúde na Secretaria de Saúde de São Paulo enquanto caso especial de reforma do Estado no setor saúde

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores motivadores e as justificativas referidas por parte do Estado e dos parceiros envolvidos na implantação das Organizações Sociais de Saúde.
- Descrever o processo de negociação e implantação das O.S.S., caracterizando:
 - a) regulamentação/legislação específica;
 - b) negociação e formalização das parcerias;
 - c) etapas de implantação;
 - d) mecanismos de financiamento;
 - e) fatores facilitadores e dificuldades;
 - f) considerações sobre os resultados obtidos por parte dos envolvidos.

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

As características e a natureza do problema a ser estudado, bem como os objetivos que orientam o trabalho investigativo a ser realizado, definem a escolha metodológica na pesquisa científica. Optou-se pela pesquisa qualitativa no presente estudo em função de pretendermos trabalhar com os significados das ações e relações humanas, lidando com motivos, aspirações, valores, crenças e atitudes que determinam e transformam os processos sociais, ou seja, um nível de realidade não perceptível por meio de quantificações. (MINAYO, 1996)

Dentro das possibilidades da pesquisa qualitativa, optamos pelo estudo de caso, considerando-se as características do tema, em especial sua atualidade, a pouca disponibilidade de pesquisas anteriores e a escassez de casos reais no Brasil. O estudo de caso é o mais adequado para situações em que não há controle do objeto pelo pesquisador; atende à necessidade de compreensão das dinâmicas internas do objeto; e é indicado para o estudo de fenômenos contemporâneos. (ANDRÉ, 1998)

De acordo com LÜDKE & ANDRÉ (1986), “o caso se destaca por se constituir numa unidade dentro de um sistema mais amplo. O interesse, portanto, incide naquilo que ele tem de único, de particular, mesmo que posteriormente venham a ficar evidentes certas

semelhanças com outros casos ou situações. Quando queremos estudar algo singular, que tenha valor em si mesmo, devemos escolher o estudo de caso”

Ou, conforme define YIN (1989), o estudo de caso se caracteriza como “uma forma de pesquisa empírica que investiga um fenômeno atual inserido em um contexto de vida real, cujos limites entre fenômeno e contexto não estão claramente definidos, e na qual múltiplas fontes de evidências são utilizadas. Como a realidade é sempre complexa, é necessário situar o contexto em que o fenômeno ocorre e as várias dimensões presentes na situação estudada. (GODOY, 1995) A análise intensiva de uma situação fornece conhecimentos sobre percepções, opiniões e atitudes dos indivíduos participantes de um processo e possibilita a identificação de relações que não poderiam ser encontradas por outros meios. (CAMPOMAR, 1991)

Assim, algumas características devem ser consideradas no estudo de caso: 1) o caso é único, mesmo que depois de estudado ele venha a apresentar certas semelhanças com outros; 2) o caso deve ser bem delimitado; 3) o caso deve ser contextualizado – instituição, local, história, recursos humanos e materiais, entre outros; 4) deve ser apreendida a multiplicidade de relações do caso estudado – dinâmica de trabalho no interior das equipes técnicas e entre elas, por exemplo; e 5) os dados devem ser coletados de várias fontes – trabalhadores, usuários, gerentes, fluxos, entre outros. (LÜDKE & ANDRÉ, 1986)

Daremos ênfase ao relato dos envolvidos, buscando identificar aí as principais dificuldades e facilidades para a implantação do Projeto. Optamos por colher estes relatos através de entrevistas não estruturadas, onde se utiliza um roteiro que orienta o pesquisador, porém sem cercear a fala do entrevistado, permitindo-lhe discorrer sobre o tema proposto. O roteiro deve conter poucas questões e contribuir para que os interlocutores exponham seu ponto de vista sobre os fatos e relações que compõem o objeto da pesquisa. (MINAYO, 1993)

Entretanto, o roteiro não precisa ser seguido sempre da mesma forma. Ele se reconstrói na medida em que os temas desejados vão sendo desenvolvidos e, se for necessário, o entrevistador pode elaborar novas questões para alcançar seu objetivo. Por outro lado, a utilização de dados complementares serve para validar ou não os dados colhidos, permitindo também a elaboração de novas questões. Conforme afirma POPE (2000), a sistematização, preparação e análise dos dados requer tempo e dedicação. Esta análise pode ocorrer ao longo da coleta de dados, permitindo que as questões sejam redefinidas e que novas perguntas sejam elaboradas.

Neste processo procuramos buscar informações que ilustrem e contextualizem o relato dos envolvidos – Estado e parceiros – mediante os seguintes passos:

1. Levantamento Bibliográfico relativo ao tema: Reforma do Estado; Contrato de Gestão; Hospitais Filantrópicos; Terceiro Setor; Parcerias; Reforma Sanitária, através dos instrumentos Biblioteca Virtual de Saúde Pública e Pro-Quest, e pesquisa direta no acervo da biblioteca da FGV-EAESP e na Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública;
2. Levantamento e análise da legislação pertinente. *Fonte:* DOESP; DOU; Documentação do MARE; Documentação da SES-SP;
3. Levantamento e análise da documentação relativa aos contratos de parceria. *Fonte:* Publicações DOESP; Relatórios de implantação da SES-SP; Relatório de Consultoria da Faculdade de Saúde Pública;
4. Análise de documentação das instituições, relativa à história, estrutura, missão, plano estratégico, relatórios gerenciais; Documentação institucional; Guia da Filantropia; DATA SUS;
5. Entrevistas não estruturadas com os dirigentes da SES (2); gerentes responsáveis pela condução do projeto na SES (2); gerentes regionais da SES onde se localizam os Hospitais

- (2); dirigentes estratégicos das instituições envolvidas (7); gerentes técnicos e administrativos dos Hospitais/OSSs (7);
6. Foram utilizados também como importante fonte de dados secundários os trabalhos recentemente realizados por TANAKA (2002), IBÁÑEZ (2002) e CARNEIRO Jr. (2002) relativos as OSSs.

Observação: Como os relatórios consolidados da Secretaria de Estado da Saúde referem-se ao ano de 2001, procuramos, sempre que possível, aproximar o conjunto dos dados colhidos a este período de tempo, a não ser que questões importantes surgidas nas entrevistas refiram-se a períodos posteriores.

4.1 CATEGORIAS ANALÍTICAS

Considerando que o objetivo do estudo está centrado na descrição e análise da parceria estabelecida entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e as Organizações não Lucrativas que atuam na prestação de serviços de saúde, que por sua vez originaram as Organizações Sociais, bem como na identificação dos interesses e estratégias que sustentam esta relação, pretendemos trabalhar com as seguintes categorias analíticas:

- caracterização do grupo das OSSs: breve identificação da história das instituições originais, campo de atuação, relação com o SUS, perfil assistencial, características dos hospitais gerenciados pelas OSSs.
- processos e estratégias de formação da parceria: processos de negociação, evolução dos padrões de negociação e dos contratos, parceiros envolvidos, relação com a comunidade assistida, pontos positivos e negativos da relação;
- interesses/ganhos institucionais: consequências da relação para as OSSs e para o Estado, aprendizados, escopo de atuação, consequências para além da relação (valor agregado); e
- perspectivas de manutenção da parceria: a municipalização, a diferenciação entre os serviços, a integração com a rede.

4.2 OBJETO DE ESTUDO

Será estudada a parceria estabelecida entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e as sete primeiras Organizações Sem Fins Lucrativos (Congregação Santa Catarina, Casa de Saúde Santa Marcelina, Sanatorinhos – Ação Comunitária, Serviço Social da Construção Civil [SECONCI], Universidade de Santo Amaro [UNISA], Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Sociedade Paulista para o Progresso da Ciência, Universidade Federal de São Paulo [UNIFESP]) para a gestão de 7 hospitais públicos situados na Região Metropolitana da Grande São Paulo, através da constituição de Organizações Sociais e intermediado por um contrato de gestão.¹

¹ OSSs e respectivos hospitais: Congregação Santa Catarina – OSS Hospital de Pedreira; Casa de Saúde Santa Marcelina – OSS Hospital de Itaim Paulista; Associação Sanatorinhos – OSS Hospital de Carapicuíba, Serviço Social da Construção Civil (SECONCI) – OSS Hospital de Itapeverica da Serra; Universidade de Santo Amaro (UNISA) – OSS Hospital de Grajaú; Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – OSS Hospital de Guarulhos; Sociedade Paulista para o Progresso da Ciência/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – OSS de Pirajussara. As entrevistas foram realizadas apenas com os diretores do primeiro hospital a entrar em funcionamento de cada parceiro. Alguns parceiros gerenciam mais de um hospital atualmente, mas consideramos desnecessário entrevistar cada diretor. Quanto aos quadros demonstrativos de produção, estes são provenientes da SES-SP. Optamos por mantê-los no seu formato original, mesmo que estejam presentes outros hospitais em funcionamento, por permitir uma melhor dimensão da proposta em andamento.

4.3 ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO

O estudo de caso foi realizado utilizando a técnica de entrevista não estruturada, com perguntas abertas, aplicadas pelo pesquisador e por mais três auxiliares de pesquisa, previamente treinados em relação ao questionário e com experiência na realização de entrevistas desta natureza. Estes auxiliares foram previamente apresentados ao projeto de pesquisa, discutindo com o pesquisador, realizando entrevistas-testes com profissionais de saúde com conhecimento do projeto, e acompanhando o pesquisador em duas entrevistas antes da realização das entrevistas. Para um melhor entendimento do contexto, de forma a permitir o estudo das categorias analíticas definidas, foram buscados e analisados outros documentos assim distribuídos:

- Caracterização do Grupo das OSSs: Análise de documentação das instituições, relativos à história, estrutura, missão, plano estratégico, relatórios gerenciais; Relatório de implantação das SES descrevendo os Hospitais a serem gerenciados; Entrevistas;
- Estratégias de implantação da parceria: Relatórios de implantação e Relatório de Consultorias; Entrevistas;
- Interesses/Ganhos Institucionais: Documentos Institucionais; Entrevistas;
- Perspectivas: Documentos Institucionais; Entrevistas.

A seleção dos entrevistados foi realizada através de uma amostragem intencional, onde se procurou contemplar gerentes estratégicos da Secretaria e dos Hospitais envolvidos. Optamos por circunscrever nossas entrevistas apenas àqueles agentes diretamente envolvidos neste processo, e não a todos os demais afetados pela parceria – comunidade, municípios etc., na medida em que o objeto de estudo não é uma avaliação do resultado da implantação, mas

se limita fundamentalmente ao processo de construção e à negociação deste projeto entre os parceiros. Sempre que necessário, lançamos mão dos estudos já realizados no que diz respeito as opiniões e posicionamentos dos demais *stakeholders*. Desta maneira, selecionamos para a entrevista a alta direção da Secretaria – Secretário, Secretário Adjunto, Coordenador da Coordenadoria de Compras de Serviço Hospitalares, representante da Coordenadoria da Grande São Paulo no Grupo de Trabalho para o projeto das OSSs, bem como alguns dos gerentes regionais onde estas OSSs atuam – Diretor de DIR, diretor de Núcleo da DIR–I Capital. Em relação aos parceiros, procuramos entrevistar um alto dirigente da Organização de origem da OSS, bem como o diretor técnico ou administrativo do Hospital gerenciado pela OSS, perfazendo um total de 20 pessoas.

Foram utilizados dois roteiros de entrevistas: um voltado para o pessoal da Secretaria e outro para os parceiros. Em que pese as diferenças hierárquicas – tomadores de decisão da Secretaria e das Organizações parceiras, e gerentes e executivos dos hospitais e da DIR ou núcleo – optamos por não trabalhar com entrevistas diferenciadas para os níveis hierárquicos, na medida em que os temas abordados acabavam, durante as entrevistas, sendo os mesmos, com alguma diferença de ênfase nos aspectos mais estratégicos e de concepção para a alta direção, e de negociação e operação do contrato de gestão nos níveis mais executivos.

As entrevistas foram todas realizadas pessoalmente, mediante agendamento prévio, com os profissionais devidamente esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e garantidos quanto ao sigilo das informações. As entrevistas duraram de 45 a 90 minutos, tendo sido utilizado gravador em 15 delas, seguidas posteriormente de transcrição literal das fitas. Por precaução, os entrevistadores também utilizaram um bloco de anotações para registros de falas ou identificação de eventuais situações ou expressões que permitissem contextualizar melhor a resposta. Duas entrevistas, por problemas técnicos, tiveram seu

registro realizado apenas com anotações. Três entrevistas – alto dirigente da Casa de Saúde Santa Marcelina, alto dirigente da Congregação Santa Catarina e alto dirigente da UNISA (reitor) – não foram realizadas, pois tais dirigentes delegaram, nos dois primeiros casos, esta responsabilidade ao Diretor Administrativo da Organização Social, que já haviam estado presentes nas entrevistas realizadas com o Diretor Técnico do Hospital; no caso da UNISA, a delegação coube à Diretora Técnica da OSS e à Diretora da Faculdade de Medicina, que já havia sido entrevistada (e que também é uma alta dirigente da referida Universidade).

Observando as grandes categorias de estudo definidas, analisamos também as entrevistas mediante as seguintes perspectivas:

- História institucional e interesses que motivaram a entrada das organizações nesta parceria com a SES;
- Avaliação sobre o andamento do processo até o presente momento; pontos positivos, negativos, facilidades, dificuldades e sugestões;
- Interação com o restante do sistema de saúde, participação e envolvimento da comunidade nas atividades da OSS;
- Aprendizado relatado decorrente deste conjunto de relações e consequências para a Instituição;
- A perspectiva de municipalização.

Dentro destas categorias foram identificadas as idéias semelhantes, complementares ou opostas em relação aos temas constituídos, permitindo assim uma aproximação ao pensamento do grupo dos indivíduos. Como o presente caso é constituído por diferentes “pequenos casos”, as questões específicas para cada instituição também foram

identificadas, particularmente no que diz respeito a interesses na parceria e relacionamento com o conjunto do sistema de saúde.

4.4 LIMITAÇÕES

O presente projeto pretende estudar fundamentalmente as relações e os interesses envolvidos na parceria, o papel dos diferentes atores, os pontos positivos e negativos desta relação e suas perspectivas. Sendo o foco do estudo a relação estabelecida, o *modus operandi*, as complementariedades e os ganhos institucionais e gerenciais daí decorrentes, não pretendemos, até pelo pouco tempo de implantação da proposta, fazer uma análise mais detalhada do impacto da parceria sobre o sistema de saúde, sobre a realidade local de saúde ou sobre o desempenho físico-financeiro das organizações envolvidas, além das informações já utilizadas pelos parceiros. Estas serão utilizadas sempre que necessário, para ilustrar a discussão já colocada. Neste sentido, por exemplo, não pretendemos construir nem sugerir novos indicadores para o contrato de gestão, ainda que a crítica a eles ou à sua forma de utilização possa ser feita quando aparecer como limitante do processo de construção da parceria.

Limitamos a nossa pesquisa à relação Estado-agente para identificar aí quais foram os interesses expressos envolvidos na conformação da parceria, bem como as facilidades e dificuldades surgidas na sua construção, que caracteriza o núcleo de mais difícil identificação de contradições, mesmo nas sociedades com maior tradição de *accountability*. Consideramos, entretanto, absolutamente fundamental aprofundar as discussões relativas a como permitir que estas relações venham a se tornar mais co-responsáveis, envolvendo aí a comunidade, os municípios etc.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 O CASO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE EM SÃO PAULO - HISTÓRICO

A história da implantação das Organizações Sociais em operação no Estado de São Paulo, instituída pela Lei Complementar nº 846 de 04/06/98, tem características distintas da proposta desenvolvida pelo MARE.

A motivação inicial para a implementação das organizações sociais em São Paulo partiu da Secretaria de Estado da Saúde, quando se constatou, no início da gestão do Governo Covas, em 1995, a existência de 14 esqueletos de hospitais iniciados em gestões anteriores, e que estavam com as obras paralisadas já há alguns anos. Tais hospitais, localizados em sua maioria na Região Metropolitana da Grande São Paulo, tiveram sua construção financiada em parte por um empréstimo do Banco Mundial que, ao longo dos anos 80, deu origem ao Plano Metropolitano de Saúde. Tal projeto, que previa inicialmente a construção de 400 unidades básicas de saúde e 20 hospitais, se propunha a viabilizar no Município de São Paulo a constituição de uma infra-estrutura de atenção à saúde. Esta infra-estrutura daria sustentação à organização de sistemas modulares, onde um conjunto de serviços básicos de saúde,

agregados a um ambulatório de especialidades, se articularia a um hospital de médio porte, com cerca de 200 leitos, estabelecendo a partir daí diversos sistemas locais de saúde, que, por sua vez, se articulariam com os serviços de maior complexidade, principalmente os Hospitais Universitários, constituindo um sistema público, racionalizado, regionalizado, hierarquizado e resolutivo, garantindo acesso universal à população da região. (IBÁÑEZ, 2001)

A localização dos hospitais priorizava as áreas periféricas da cidade e dos municípios vizinhos, objetivando reverter a situação de grande concentração de leitos na região central da cidade e áreas desprovidas de serviço de saúde na periferia. “Grande parte dos locais escolhidos para a construção dos hospitais foram definidos na época, mediante negociações e indicações de movimentos populares de saúde ... é um hospital que faz aí 10 anos para ser terminado. A população espera esse hospital” – diz o Secretário em sua entrevista. Os hospitais são, portanto, dotados de um grande simbolismo para a população destas regiões.

Grande parte da rede básica foi construída, bem como alguns dos hospitais. Restaram, entretanto, 14 hospitais a serem terminados. Tais hospitais, em conjunto, representam 3.500 novos leitos no Estado, com maior concentração na Região Metropolitana de São Paulo, em áreas com baixa oferta de serviços, constituindo, portanto, uma transformação importante na estrutura de prestação de serviços das regiões assistidas.

Número de leitos/1.000 habitantes em áreas de implantação das OSSs – 1998/2000

Prestador	Leitos Cont./Conv.		Leito/1.000 habitantes	
	Jul./98	Mar./00	Jul./98	Mar/00
Hospital Geral de Pedreira	00	178		
OSS- Hospital Grajaú	00	220		
Outras instituições	610	619		
Total da DIR I – Capital – Núcleo 2	610	1.017	0,3	0,5
OSS – Hospital Itaim Paulista	0	246		
Outras instituições	1.379	1.379		
Total da DIR II – Capital – Núcleo 3	1.379	1.625	0,5	0,6
OSS – Hospital de Itaquaquecetuba	00	220		
OSS – Hospital de Guarulhos	00	340		
Outras instituições	1.974	1.974		
Total da DIR III – Mogi das Cruzes	1.974	2.534	0,9	1,1
Hospital Sanatorinhos de Carapicuíba	00	220		
OSS – Seconci Hosp. Ger. de Itapeçerica	00	150		
OSS – Soc. Paul. Desenv./Med./Hosp. Pirajussara	00	220		
Outras instituições	1.172	1.179		
Total da DIR V - Osasco	1.172	1.749	0,5	0,7

Fonte: DATASUS/MS – Arquivo CHSP.

Entretanto, no início da gestão Covas o Estado estava gastando cerca de 65% do seu recurso com pessoal, acima portanto do limite de 60% estabelecido pela Lei Camata. “...o Estado de São Paulo estava, em 1995, no limite, um pouquinho acima do limite, estava tentando se enquadrar no limite da Lei Camata, e a perspectiva de ter mais quinze hospitais com cerca de 1.500 a 2.000 funcionários por hospital faria com que tivesse um contingente de mais 20.000, 30.000 funcionários, o que faria com que a Lei Camata fosse ultrapassada de muito...” (Secretário Adjunto, entrevista) Os limites jurídicos e políticos para a criação de novos cargos na administração pública estadual vinham gerando nos anos anteriores mecanismos de contratação de pessoal, através de brechas ou interpretações duvidosas da legislação, contratos temporários ou contratações por prestação de serviços, frágeis e de difícil fiscalização e justificativa. As medidas adotadas pelo governo para o controle desta situação, provocaram, na mudança da gestão, uma grande desorganização nos serviços. “Quando a

gente entra no governo, a gente não tem dinheiro para pagar a folha de funcionários no primeiro mês. No primeiro ano é uma coisa brutal. A gente da Secretaria corta 400 linhas telefônicas do gabinete do Secretário, que é tudo forma de você fazer economia. Cópias de xerox não se pode tirar mais do que não sei quantas folhas. Para economizar um milhão e meio de não sei o quê.” (Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, entrevista)

A política de contenção destas contratações sem vínculo, associadas a um Programa de Demissão Voluntária desencadeado no início da gestão e aos baixos salários, sem perspectivas de reajuste no curto prazo, tornariam inviável a operação direta dos serviços por parte da Secretaria de Estado da Saúde. (IBAÑEZ, 2001)

Além disso, já se começava a discutir a possibilidade de instituir elementos modernizadores, capazes de garantir maior transparência, eficácia e direcionalidade na relação de compra de serviços entre a Secretaria de Estado da Saúde e seus prestadores. Os contratos e convênios tradicionais restringem-se a estabelecer tetos financeiros e limites para a realização dos diferentes serviços, sem definir qualquer critério de vinculação do serviço às necessidades de saúde da região a ao sistema de saúde como um todo.

Por outro lado, os sistemas de informação vigentes, relativamente eficientes para a demonstração dos serviços prestados para fins de faturamento, não vinham sendo utilizados para uma avaliação mais adequada em relação ao desempenho hospitalar. (Coordenador da CCSS-entrevista)

Neste sentido, além do desenvolvimento de um mecanismo para a flexibilização na operação de serviços públicos, particularmente em termos de gestão de pessoal, buscava-se também o desenvolvimento de mecanismos para acompanhamento, avaliação e supervisão por parte da Secretaria que tornassem a gestão como um todo mais eficaz, eficiente e efetiva em termos da alocação de recursos para atender às necessidades do sistema de saúde e da

população, e também possibilitassem uma relação com os parceiros mais clara, transparente e co-responsável. (SES SP, 2000)

Assim, o Governo do Estado de São Paulo tomou a decisão de retomar a construção naqueles hospitais onde as obras estivessem mais avançadas, e onde houvesse menores pendências judiciais em relação aos contratos com as empreiteiras (entrevista com o Secretário e Secretário Adjunto). Na primeira fase foram retomados os Hospitais de Pedreira e Grajaú (região sul do município de São Paulo); Hospital de Itaim Paulista (extremo leste do município); Hospital de Carapicuíba, Hospital Pirajussara, Hospital de Itapequerica (região de Osasco); Hospital de Guarulhos (região de Guarulhos); Hospital de Itaquaquecetuba (região de Mogi das Cruzes); Hospital de Sumaré (região de Campinas). A Secretaria de Saúde terminaria a construção e equiparia os hospitais enquanto se iniciavam a elaboração e a posterior negociação na Assembleia Legislativa para a aprovação da Lei.

5.2 O PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO DA LEI

Quando do encaminhamento do Projeto de Lei do executivo para a Assembleia Legislativa, vários pareceres no âmbito federal contrários às Organizações Sociais para a saúde já se apresentavam, provenientes de diferentes organizações – Conselho Nacional de Saúde, Conselho Federal de Medicina, Ministério Público Federal.

Tais oposições se referiam à desconsideração na qualificação e estabelecimento do contrato de gestão do Governo Federal com as OSs, dos gestores estaduais ou municipais e de sua autonomia para gerir a saúde em seus territórios; à desconsideração relativa ao processo de descentralização em andamento; ao risco de as OSs passarem a atender demanda não SUS, ao celebrar convênios com a medicina suplementar, criando situações de seleção de

clientela e privilegiamento de paciente particulares; e a conflitos constitucionais com a lei que estabelece as OSs. (TANAKA, 2002)

Outra considerações diziam respeito a problemas relativos ao risco de desarticulação no atendimento à saúde, pois o contrato de gestão pode induzir à OS se limitar apenas aos resultados gerenciais; à possibilidade de superlotação dos hospitais se não houver delimitação de área de abrangência e articulação do serviço com a rede; à dificuldade de estabelecimento de critérios técnicos para identificação da demanda a ser atendida; a dificuldades em compatibilizar a demanda atendida com o orçamento, devido à demanda sempre crescente. (TANAKA, 2002)

No nível estadual, houve também forte oposição em relação, principalmente, à discricionariedade que o executivo detém para indicar a organização que se constituirá em Organização Social, bem como à ausência de controle público sobre o andamento do contrato. (CARNEIRO JR., 2002).

5.1.2 A LEGISLAÇÃO APROVADA

No Estado de São Paulo, a legislação, através da edição da Lei Complementar nº 846/98, regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, com a exigência de que possuíssem, no mínimo, 5 (cinco) anos de experiência na administração de serviços próprios de saúde com reconhecida qualidade e compromisso firmado com a população atendida, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde, candidatando-se a firmar um contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento e a operação de hospitais e equipamentos públicos de saúde.

A lei determina ainda a obrigatoriedade de atendimento exclusivo a pacientes do SUS; a criação de contrato de gestão que permita a definição pelo poder público das metas e

do tipo de assistência à saúde a ser desenvolvido por aquele serviço; a existência de uma comissão de avaliação dos contratos de gestão estabelecidos, com a participação de membros do Conselho Estadual de Saúde e da Assembléia Legislativa; e o controle das prestações de contas pelo Tribunal de Contas do Estado. Além disso, a Lei limita também a implantação das OSSs apenas a serviços que não estejam em funcionamento.

A partir de agora passaremos a apresentar os resultados consolidados de que dispomos até o momento, bem como algumas discussões e conclusões possíveis.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS

O custo do empreendimento para a conclusão e o equipamento das 8 (oito) primeiras estruturas hospitalares em funcionamento situadas na Região Metropolitana da Grande São Paulo (o Hospital de Itaquaquecetuba foi excluído das entrevistas porque começou suas atividades depois do início da pesquisa. Posteriormente foram concluídos também os Hospitais de Itapevi, Santo André, Diadema, Vila Alpina, na região metropolitana da Grande São Paulo, e Sumaré e Botucatu, no interior) até maio de 2000, foi de R\$ 277.141.804,00, incluindo-se aí os recursos despendidos com as obras até dezembro de 1994 (R\$ 85.825,48 em valores atualizados). (SES SP, 2000)

Os Hospitais apresentam o seguinte perfil assistencial, caracterizado na tabela que se segue:

Número de leitos operacionais por especialidade existentes nos hospitais

	Itaim Pta.	Grajaú	Pedreira	Carapicuíba	Itap. Serra	Pirajussara	Guarulhos	Itaquaq.	Total
Queimados	-	-	-	-	-	-	12	-	12
Cirurgia	77	38	37	75	72	92	53	37	444
Obstetria	44	30	56	54	36	36	52	36	305
Cl.Médica	40	54	37	39	21	41	70	92	306
Psiquiatria	17	17	20	17	-	20	17	17	108
Pediatria	30	24	30	36	16	29	38	42	209
UTI-adulto	10	7	13	10	6	10	18	10	65
UTI-neonat.	10	6	12	10	7	10	6	16	60
UTI-infantil	-	-	5	-	6	5	-	-	25
Berçário	16	6	18	11	13	2	30	-	116
Apoio (obs/recup)	-	21	12	18	15	6	28	12	88
Totais	244	203	240	270	192	271	324	262	2006

Fonte: SES/SP - Hospitais Gerenciados por OSS - Relatório Geral. Maio 2000.

Têm, portanto, a característica de Hospitais Gerais, contando, entretanto, com leitos em algumas áreas específicas de maior carência na região, a saber – uma boa oferta de leitos de UTI, principalmente UTIs Neo-Natais e Infantis, e leitos para internação breve em Psiquiatria (as UTIs, principalmente as infantis, representam uma carência crônica do sistema e são fonte contínua de demandas não atendidas junto ao Plantão Controlador Metropolitano que gerencia o atendimento de urgência/emergência na região) (DA GUIA, 2002); já a incorporação de internação breve em psiquiatria faz parte de uma antiga diretriz dos programas de Saúde Mental em São Paulo e no Brasil, destinada a reduzir internações crônicas de pacientes psiquiátricos.

A maior parte dos serviços opera com Pronto-Socorro aberto, exceto os Hospitais Pirajussara e Itapeceira da Serra, que só recebem casos referenciados. Esta condição de funcionamento – Pronto-Socorro – referenciado, considerada ideal para a integração do serviço na região, que passa utilizar seu pronto-socorro apenas para atendimentos de urgência

e emergência necessários, não foi possível de ser sustentada nos demais serviços em função das dificuldades de funcionamento do sistema nas demais regiões. Tal diferenciação tem gerado problemas nas negociações dos novos contratos, como veremos a seguir.

O Hospital Pirajussara, e posteriormente Grajaú e Pedreira, a partir de 2001, contam com um ambulatório de especialidades que não existia na região, cujas consultas são agendadas pelos serviços municipais.

O Hospital de Itapecerica da Serra funciona prioritariamente como Maternidade, atendendo partos de baixo, médio e alto risco, sendo estes últimos uma carência antiga da região.

O Hospital de Guarulhos diferencia-se dos demais por atuar principalmente como um serviço de maior complexidade, contando com maior número de leitos e maior tecnologia incorporada, particularmente para trauma e queimados, suprimindo outra carência importante na região de Guarulhos. Esta alta complexidade justifica-se também em função do Hospital estar localizado em região de entroncamento de grandes rodovias, que cruzam a Região Metropolitana e próximo ao Aeroporto Internacional de Guarulhos, servindo como referência para acidentes e desastres.

**1ª Etapa (1998-2000): O Primeiro Contrato de Gestão e os Mecanismos de
Financiamento - aprendizado e suporte à implantação**

O Contrato de Gestão instituído pela Resolução SS nº106 de 10/06/98, estabelece o seguinte conjunto de indicadores a serem seguidos:

I. Indicadores de produção de serviços:

a) Atendimento ambulatorial e pronto-socorro:

1. No prazo máximo de 6 meses deverá ser atingida a meta de 15.000 atendimentos/mês em Ambulatórios e Pronto-Socorro.

Os atendimentos não poderão apresentar restrições referentes ao tipo de patologia.

2. Após 1 ano de atividade, o hospital deverá manter média mensal mínima de 15.000 atendimentos no Ambulatório e Pronto-Socorro.

b) Atendimento Hospitalar:

1. No prazo máximo de 6 meses deverá ser atingida a meta de 800 saídas/mês;
2. Após 1 ano de atividade, o hospital deverá apresentar:
 - Média mensal mínima de 1.000 saídas/mês;
 - Taxa de ocupação de no mínimo 75%;
 - Média de permanência mínima de 3,5 dias;
 - Após 1 ano de atividade, o valor médio da AIH deverá ser de no mínimo R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais).

II. Indicadores de qualidade dos serviços:

- a) Taxa de cesárea inferior a 30% (trinta por cento)
- b) Taxa de infecção hospitalar inferior a 5% (cinco por cento)

c) Taxa de letalidade hospitalar inferior a 10% (dez por cento)

III. Indicadores de satisfação da clientela:

A partir de 1 ano de funcionamento, a OSS deverá realizar pesquisas com frequência anual entre os usuários do hospital, internação, atendimento de pronto-socorro e ambulatorial, onde no mínimo 80% das pessoas atendidas considerem o nível de atendimento prestado igual ou melhor que aquele recebido em outros serviços públicos ou privados dos quais se utilizaram nos últimos 2 anos.

Este contrato estabelecido inicialmente para cada um dos hospitais determinou metas, levando em conta informações históricas de serviços pré-existent na rede pública, de tamanho e perfil semelhantes aos dos hospitais a serem gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde. Não houve possibilidade inicial de formalizar indicadores de saúde comparativos, até porque não havia experiência acumulada neste sentido que permitisse diferenciar os serviços, considerando as singularidades dos ambientes sociais e sanitários em que estão inseridos, e que poderiam determinar divergências consideráveis de desempenho, as quais justificariam diferenciações naqueles contratos de gestão. (Secretário Adjunto, Coordenador de Contratação de Serviços de Saúde, entrevistas)

Para o primeiro ano do Contrato de Gestão, considerando o processo de ativação do hospital, a Secretaria Estadual de Saúde comprometeu-se a fazer um repasse total de cerca de R\$ 7.500.000,00 para cada hospital, divididos em 12 parcelas mensais. Além destes recursos, as OSSs recebiam também o recurso referente ao faturamento dos serviços prestados ao SUS, acrescidos de 50% do valor do faturamento.

A partir do segundo ano, as OSSs recebiam o faturamento do SUS, proveniente do Ministério da Saúde, acrescido de 50% deste faturamento, repassado pela Secretaria de Estado da Saúde e que era complementado mensalmente também pela Secretaria, mediante

demonstração dos gastos, por um valor referente ao Desequilíbrio Econômico-Financeiro que é obtido pela diferença entre o que foi faturado pela OSS e o seu gasto operacional mensal.

Esta primeira etapa de financiamento se justificava em função de algumas questões. A SES não tinha claro até então se o melhor mecanismo para o financiamento dos hospitais seria através de um orçamento fixo ou de algum mecanismo que estimulasse o adequado faturamento associado a uma complementação qualquer (neste sentido, a Secretaria já tinha a dimensão de que o faturamento do SUS para hospitais deste nível de complexidade seria insuficiente para sua sustentação), ainda que, independentemente do mecanismo a ser utilizado, deveria haver um faturamento adequado, na medida em que se constitui em recurso federal importante para a operação do sistema, além do recurso orçamentário próprio do Estado, que não deve ser desprezado. Entretanto, se a entrada em operação do serviço dependesse apenas do faturamento, o alcance de um desempenho operacional razoável poderia demorar muito, na medida em que é necessário um grande gasto inicial para contratação de pessoal, compra de material e medicamentos, e não haveria recursos para isso na OSS. Neste sentido, optou-se por acelerar a entrada em operação das instituições (a demora na aprovação da Lei das OSSs fez com que os primeiros hospitais começassem a funcionar muito próximo ao final da primeira gestão do então Governador, e portanto do período eleitoral), através da transferência de um recurso fixo mensal, independente do custo do hospital ou do seu faturamento. Assim, além desta “mesada” inicial estabelecida no Contrato de Gestão, os Hospitais recebiam o seu faturamento, acrescidos em 50% no seu valor, e mais um valor adicional – desequilíbrio econômico-financeiro. Este processo permitiu que os hospitais alcançassem as metas acordadas no primeiro ano, bem antes do período previsto. Ao mesmo tempo, permitiu à SES conhecer a capacidade de desempenho dos hospitais, bem como começar a ter alguma idéia do custo operacional dos serviços durante os anos de 1999/2000. Entretanto, esta metodologia criava dois problemas adicionais: dificultava

significativamente o planejamento orçamentário da Secretaria, na medida em que os hospitais recebiam recursos de através de três mecanismos – o do Contrato de Gestão; aquele pago pelo Ministério da Saúde, através do percentual de 50% do faturamento; e o do Desequilíbrio Econômico Financeiro, pago pela SES mensalmente mediante demonstração de gastos. Por outro lado, estimulava o faturamento levando os hospitais a buscarem procedimentos melhor remunerados pelo Sistema. Isto entrava em desacordo com a idéia de que as OSSs deveriam realizar os serviços definidos pelas necessidades de saúde locais. Induzia, portanto, à mesma perversão presente nas relações contratuais ou convênias tradicionais. (Secretário, Secretário Adjunto, Coordenador de Compra de Serviços Hospitalares)

A tabela que se segue demonstra os repasses realizados anualmente.

Receitas auferidas pelas OSSs –Junho/1998 a Abril de 2000

	1998	1999				2000		
Unidade	C.Gestão	C.Gestão	Fatur.	50% Fat.	Deseq.	Fatur.	50% Fat.	Deseq.
Pedreira	2.500.000	5.200.000	1.296.986	648.493	6.982.080	1.811.512	905.756	5.079.002
Itap. Da Serra	750.000	4.800.000	574.752	287.376	4.900.000	1.237.242	618.621	5.098.842
Carapicuíba	750.000	6.200.000	673.842	336.921	4.062.000	1.462.908	731.454	5.054.521
Grajaú	1.000.000	6.900.000	1.339.486	669.743	7.927.000	1.851.122	925.561	4.338.140
Itaim Paulista	2.500.000	5.800.000	1.627.990	813.995	4.700.000	2.731.424	1.365.712	4.637.461
Pirajussara	1.000.000	6.200.000	1.390.466	695.233	2.806.000	2.341.992	1.170.996	3.335.044

Fonte: SES/SP - Hospitais Gerenciados por OSS- Relatório Geral - Maio 2000

*Guarulhos só iniciou seu funcionamento em Abril de 2000.

Evidencia-se, portanto, uma tendência à redução na participação dos recursos da Secretaria frente aos recursos provenientes do faturamento dos Hospitais. Ou seja, em 1999, excluídos os recursos transferidos pelo Contrato de Gestão referentes ao primeiro ano de contrato, o faturamento dos hospitais (faturamento + 50%) era equivalente a 25% do total da

receita dos hospitais. Em 2000 este percentual já alcançava 38% do total de recursos (Fatur. + 50% + deseq. / fatur. + 50%) (SES,2000).

Para garantir o adequado acompanhamento, bem como permitir a negociação entre as partes e o aperfeiçoamento nos instrumentos, foi constituído junto ao Gabinete do Secretário, o Grupo de Trabalho Especial, com o objetivo de coordenar e articular as atividades e tarefas relacionadas ao Contrato de Gestão, firmados entre a Secretaria de Saúde e as Organizações Sociais de Saúde.

Além disso, foi firmado um convênio entre a SES e a Faculdade de Saúde Pública, para avaliar os Hospitais gerenciados pelas OSS, objetivando a análise de desempenho de cada uma das unidades, através da identificação e construção de indicadores de saúde comparativos para o conjunto destes hospitais e a criação de instrumentos par controle e regulação da SES nas atividades desenvolvidas, apontando necessidades futuras de novos investimentos. Este convênio se desdobra em 4 sub-projetos: Relatório de Atividades Hospitalares, onde se busca construir e analisar outros indicadores além daqueles previstos nos contratos de gestão, a fim de avaliar o desempenho dos diferentes setores dos hospitais e estabelecer uma comparabilidade entre eles; Política de Medicamentos, onde se pretende estudar as diferentes políticas de medicamentos utilizadas e contribuir para a definição de uma política comum adequada as diferentes características hospitalares; Análise de Demanda, buscando caracterizar melhor o perfil epidemiológico e sócio demográfico da população usuária, bem como sua relação com os atendimentos realizados; a Relação com a Rede de Serviços onde se procura analisar de que forma se estabelecem as relações entre as OSSs e a rede de serviços instalada em termos de referência e contra referência de pacientes, capacidade de resposta e acessibilidade aos serviços oferecidos. (FSP 2000)

Agrega-se a esta uma outra Consultoria com Fundação Gesaworld, de Barcelona, que já vinha desenvolvendo uma experiência semelhante em hospitais na Espanha, destinada a

desenvolver um sistema gerencial comum entre as diferentes OSSs, bem como auxiliar no estabelecimento de critérios para a avaliação e renegociação dos contratos de gestão e sua possível expansão para a compra de serviços da Secretaria com seus demais prestadores.

2ª. Etapa (2001–): Novo Contrato de Gestão - Contratualização e Institucionalização

Ao longo de 1999/2000, 4 novos hospitais foram terminados. Durante este período mantiveram-se os mesmos contratos de gestão. Entretanto, neste período a percepção da necessidade de instrumentos de gestão mais acurados que estabelecesse uma base de informação comum, capaz de promover alguma comparabilidade entre os hospitais, bem como um sistema que permitisse a Secretaria definir o orçamento que cada hospital precisaria para realizar o atendimento no volume e tipo de atividade assistencial necessária a cada região, levou à implementação de algumas ações:

- o aprimoramento na utilização do sistema de informação e faturamento (SIA SIH), como instrumento básico do sistema de informação gerencial, melhorando sua codificação, incentivando o registro adequado, introduzindo informações específicas necessárias;
- agregação das diferentes fontes de informação relativas às OSS e contratos de gestão (registros de acompanhamento de atividades, registros econômicos da Secretaria, e registros dos próprios centros de atendimento hospitalar), realização de entrevistas com responsáveis e participantes chaves, tanto da Secretaria Estadual da Saúde (SES) como das Organizações Sociais de Saúde (OSS's), e visitas “in loco” nos hospitais.
- seminários de capacitação sobre aspectos conceituais, organizacionais e instrumentais do processo de contratação e dos resultados parciais provenientes da análise de informações.
- estruturação de um quadro de controle provisório, informatizado, tomando por base os diferentes sistemas utilizados pelos hospitais, que permitisse constituir uma série histórica confiável.

- a partir da base de informação de cada hospital, constituir um conjunto de indicadores econômicos financeiros, bem como de desempenho assistencial. (SES, 2002)

O processo de trabalho acima descrito trouxe como resultados:

- ❑ **Um novo contrato, único**, assinado com todas e com cada uma das OSS's que estão gerenciando hospitais da SES.
- ❑ **Um novo sistema de pagamento** vinculado à atividade (produção) por grandes linhas de produto e a indicadores relacionados com qualidade, organização, eficiência e complexidade dos serviços.

Ficou acordado que a relação de serviços seria definida de acordo com a oferta de serviços que já vinha sendo prestada pelos hospitais. A incorporação de novas especialidades ficou limitada à aprovação de cada um dos projetos por parte da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

O Sistema de pagamento desenhado apresenta as seguintes características:

- Deixa de lado a lógica das “tabelas SUS” para passar, neste primeiro ano, a um sistema mais simples baseado na produção de altas pelas principais áreas de atuação: Obstetrícia, Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Psiquiatria no caso de internação, e Consultas, Urgências e SADT para pacientes externos, no caso de ambulatório.
- Fica acordado entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e os hospitais uma determinada atividade por um orçamento determinado. Variações de +/- 10% por linha de ação não modificam o orçamento. Se as variações forem superiores, existe uma fórmula

de cálculo que prevê variações orçamentárias, para mais ou para menos, contemplando principalmente a repercussão desta variação nos custos fixos.

- Os dois itens anteriores fazem referência à parte “fixa” do orçamento, que constitui 90% do total. Os 10% restantes são variáveis, dependendo da consecução de objetivos de organização, qualidade e eficiência
- A parte fixa é paga em 12 cotas fixas mensais, atreladas ao volume de produção realizada, enquanto que a parte variável é paga trimestralmente em função da consecução de objetivos avaliada, também trimestralmente, pela Comissão de Acompanhamento.
- Os orçamentos de investimentos e novas ações são avaliados e, se procedem, aprovados, independentemente deste orçamento/pagamento de atividades.
 - **Um orçamento econômico “fechado”** para cada um dos hospitais, decidido de comum acordo com a estrutura diretiva do hospital e os níveis territoriais, independente do sistema de financiamento do SUS.
 - **Um novo processo de faturamento mensal**, previsível e fácil de ser auditado.
 - **Uma atividade pactuada e consensual com cada um dos hospitais**, independente do limite máximo de atividade, dos produtos intermediários e do valor da AIH média de hospitais de perfil assistencial assemelhado.
 - **Uma nova forma de tratar a informação da AIH**, que permite a comparação entre os hospitais quanto à eficiência e complexidade, e oferece um novo quadro de controle de saúde e de atividades. A AIH é hierarquizada como sistema de informação em relação à função de faturamento, mesmo que se mantenha a sua produção.
 - **Um novo quadro de controle econômico-financeiro** mais simples que o então existente, com homogeneização da terminologia e dos registros.
 - **Uma Comissão de Acompanhamento e Monitoramento para cada um dos hospitais**, composta por profissionais do hospital, serviços regionais e serviços

centrais, que tem, entre outras, a responsabilidade de realizar a avaliação trimestral dos conteúdos dos contratos.

- **A criação de uma instância na SES**, responsável pela **Contratação de Serviços de Saúde** e a definição de funções para seu desenvolvimento. (SES, 2002)

O Contrato de Gestão daí decorrente apresenta as seguintes características:

- Une os marcos legais de ambos os contratos em um único corpo.
- Prescinde (para o momento) das fontes de financiamento e “amarra” o orçamento de cada um dos hospitais, definindo uma determinada atividade que deve conformar-se com o mesmo
- Define a relação de serviços, a atividade a ser comprada e a forma de pagamento como Anexos, para permitir uma maior agilidade nos anos posteriores e evitar modificações frequentes no corpo central do contrato. (SES, 2002)

O quadro sinóptico abaixo resume as principais alterações evolutivas do Contrato de Gestão.

Tal conjunto de procedimentos promove uma revolução dentro das relações estabelecidas na medida em que:

1. Retira da OSS a responsabilidade de ter que faturar para cobrir seus custos. Este ônus é assumido formalmente e de forma planejada pelo Estado.
2. Introduz uma forma de compra de serviços diferente daquela definida pela tabela SUS, mas baseada em volume de procedimentos necessários.
3. Introduz formalmente o agente regional da Secretaria na negociação, enquanto agente definidor das necessidades/ volumes assistenciais a serem satisfeitos.
4. Introduz um fator condicionante “qualitativo” no processo, para além do volume de atendimento realizado

EVOLUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO (SES,2002)

CONTRATO DE GESTÃO 1998/2000	CONTRATO DE GESTÃO 2001
2 instrumentos de relação : <ul style="list-style-type: none"> • Convênio SUS • Contrato de Gestão 	1 único instrumento de relação: <ul style="list-style-type: none"> • CONTRATO DE GESTÃO
2 fontes de receitas: <ul style="list-style-type: none"> • faturamento S I A / S I H • repasses SES 	1 única fonte de receita: <ul style="list-style-type: none"> • CONTRATO DE GESTÃO
Forma de financiamento: <ul style="list-style-type: none"> • 1º ano Repasses SES+faturamento SUS+ desequilíbrio financeiro • 2º ano em diante Faturamento SUS+ 50% faturamento+ desequilíbrio financeiro 	Forma de financiamento: <ul style="list-style-type: none"> • Orçamento de custeio pré- fixado • Orçamento de investimento analisado para cada atividade e/ou serviço proposto
Atividade/produção de cada hospital <ul style="list-style-type: none"> • Discutidas com os níveis locais/regionais e central, mais por necessidades urgentes do que de forma programada • Metas de produção semelhantes para todos os hospitais 	Atividade/produção de cada hospital <ul style="list-style-type: none"> • Pactuada e consensuada entre os níveis locais, regionais e central • Quantificação prévia, específica para cada hospital • Orçamento de atividades atrelado ao orçamento econômico-financeiro
Forma de pagamento <ul style="list-style-type: none"> • Mensal, mediante apresentação de demonstrativo de despesas 	Forma de pagamento <ul style="list-style-type: none"> • 90% do orçamento em 12 parcelas mensais de valor fixo • 10% do orçamento em 04 parcelas trimestrais de valor variável ligado ao alcance de indicadores de qualidade
AIH's (S I H) e BPA (S I A) <ul style="list-style-type: none"> • utilizados apenas como registros para fins de faturamento ao SUS 	AIH's (S I H) e BPA (S I A) <ul style="list-style-type: none"> • utilizados como fonte de informações da atividade pactuada e para análise dos indicadores
Planilhas econômico-financeiras <ul style="list-style-type: none"> • utilizadas como instrumento de comprovação do desequilíbrio financeiro • conceituação não padronizada para o preenchimento 	Planilhas econômico-financeiras <ul style="list-style-type: none"> • utilizadas como instrumentos de acompanhamento da execução do orçamento pactuado previamente • conceituação padronizada para o preenchimento
Envio das informações à SES <ul style="list-style-type: none"> • em disquetes • em papel 	Envio das informações à SES <ul style="list-style-type: none"> • em disquetes (S I A e S I H) • via WEB
Controle e Avaliação <ul style="list-style-type: none"> • realizado através de instrumento desvinculado do Contrato de Gestão • conceitos divergentes na apresentação dos dados • diversos interlocutores- comunicação decorrente de situações de demanda, de modo relativamente sistematizado 	Controle e Avaliação <ul style="list-style-type: none"> • realizado através de instrumentos instituídos pelo Contrato de Gestão • conceitos padronizados para a apresentação dos dados • interlocutores definidos com atribuições e funções específicas • instituição da Comissão de Acompanhamento para cada hospital • implantação de um Sistema de Custos Hospitalares padronizado

Fonte: SES SP, 2002.

Durante o ano de 2002, a Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde fez um contrato com a Planisa, para o desenvolvimento e implantação de um sistema de custos hospitalares único para todos os hospitais gerenciados por OSS, de forma a uniformizar seu sistema de informações.

3ª. Etapa (2003 –): Expansão/Diversificação

Durante o ano de 2002 a Secretaria iniciou também uma experiência piloto com 6 Hospitais da Administração Direta, comprometendo a disponibilidade de um percentual do faturamento anual do hospital com a operação adequada de um sistema de informações semelhante as OSS.

Alguns resultados relativos aos desempenhos dos hospitais sob administração direta, comparados com as OSS encontram-se no Anexo B.

5.4 O QUE PENSAM OS PARCEIROS

Esta relação não é desafiadora apenas para o Estado. As instituições envolvidas neste projeto pelas características do Contrato de Gestão passam a se submeter a um controle de suas atividades muito mais intenso do que em suas relações tradicionais com o SUS.

A partir de 2001, as Organizações Sociais passam a ser reguladas por um contrato muito mais delimitado, constituído através de uma negociação local entre a DIR/Núcleo e o diretor hospitalar, e reavaliada pela Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde (CCSS).

Daqui para a frente, apresentamos uma síntese dos resultados de entrevistas com os altos dirigentes das Organizações de origem, com os diretores dos 7 primeiros Hospitais a entrarem em funcionamento, bem como com os dirigentes da SES, tanto da alta direção como do nível regional.

As entrevistas foram realizadas buscando identificar:

1. Interesses que motivaram a entrada das organizações nesta parceria com a SES;
2. Considerações sobre o andamento do processo até o presente momento; pontos positivos, negativos, facilidades, dificuldades e sugestões; interação com o restante do sistema de saúde;
3. Participação e envolvimento da comunidade nas atividades da OSS;
4. Aprendizado decorrente destas relações e conseqüências para a Instituição; inovações decorrentes do processo;
5. O novo contrato e a perspectiva de municipalização.

5.4.1 CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES E MOTIVAÇÕES

As instituições referiram ter como motivação um forte compromisso de atuação junto à comunidade, decorrente da missão e de experiências anteriores da Instituição, compromisso este, no entanto, matizado por interesses distintos:

- A Universidade de Santo Amaro é uma universidade privada situada na região sul do município de São Paulo, em funcionamento há mais de trinta anos, que enfrentou sérios problemas financeiros durante os anos 80 e acabou sendo comprada por um grupo ligado à Golden Cross, o que gerou repercussão muito negativa na época para a Faculdade de Medicina. Para a Universidade de Santo Amaro, a possibilidade de gerenciar a OSS representa inicialmente uma oportunidade de fortalecer e consolidar sua presença na região. Além disso, possibilita à Faculdade de Medicina contar com um Hospital Escola de razoável complexidade, com mais de 200 leitos, bem como redirecionar o seu próprio Hospital, que conta atualmente com 100 leitos, mas tem instalações físicas limitadas, para

algumas especialidades complementares e para um ambulatório, também de especialidades, para a região. Esta situação permite um melhor relacionamento com o SUS e permite também à Universidade se reposicionar frente ao MEC, na medida em que havia recebido avaliações negativas em termos de condições de oferta e no Provão. Agrega-se a esta estratégia a parceria da UNISA inicialmente com a SES, para a gestão de um programa de Saúde da Família (Qualidade Integral de Saúde - QUALIS), destinado a oferecer atendimento primário de saúde, pelo SUS, a cerca de 20.000 famílias ou aproximadamente 70.000 habitantes da região, e que agora se mantém com a Secretaria Municipal de Saúde.

“O primeiro ponto foi que nós estamos na região há trinta anos, tínhamos um hospital escola de pequeno porte e tínhamos dificuldades com o convênio com o SUS nesse hospital escola. Então, se nós nos associássemos à Secretaria, ao governo do Estado de São Paulo, nós poderíamos entender melhor o sistema e nos relacionarmos melhor ... Depois foi podermos nos estabelecer melhor na região com hospital maior, e então, ao invés de termos um, nós teríamos dois hospitais contando com o do Estado; este foi o segundo ponto que no fim acabou ficando maior do que o primeiro. E tem a motivação dos professores e dos alunos, de estarem assumindo um hospital de 220 leitos, enfim, um hospital com o dobro da capacidade e com uma tecnologia boa para ser um hospital de ensino mesmo.” (Alto dirigente da organização, entrevista)

- Para a UNIFESP, os interesses são um pouco distintos. A Escola Paulista de Medicina é uma das mais tradicionais e respeitadas faculdades de medicina do país, sendo reconhecida por sua forte atuação no setor de pesquisas, básicas e aplicadas. Seu hospital, terciário, de alta complexidade, é uma das quatro grandes referências para urgência e emergência da Região Metropolitana da Grande São Paulo. Teve durante muito tempo uma reduzida atuação junto à rede básica, limitando-se a um Centro de Saúde Escola, uma unidade de puericultura no Embu e um projeto de atuação em área indígena no Xingu. Mais recentemente, vem ensaiando ações mais comunitárias, desenvolvidas através da

Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, instituição filantrópica, mantenedora do Hospital São Paulo (não federalizada como a Escola), montando escolas de informática, marcenaria e costura em regiões carentes. Vem desenvolvendo também ações no sentido de ampliar sua presença na gestão dos serviços de saúde em São Paulo. É parceiro da Prefeitura Municipal de São Paulo na contratação de agentes comunitários para o PSF. Este movimento é justificado como uma preocupação com a função social da Universidade, assim como uma ampliação dos cenários de formação para seus internos, residentes e pós-graduandos. O Hospital vem se tornando muito especializado, e limitado, em termos tanto de campo de prática para áreas gerais como de espaço físico para a quantidade de residentes e pós-graduandos com os quais a instituição conta, nas áreas de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fonoaudiologia e Biomedicina. A atuação em hospitais de menor complexidade da rede pública permitiria também a incorporação de bons profissionais oriundos das Faculdades, que não teriam campo de atuação no Hospital. Atualmente, a instituição já gerencia o Hospital de Vila Maria, em parceria com a Prefeitura de São Paulo, e além do Hospital de Pirajussara assumiu também a gestão do Hospital de Diadema em parceria com a SES.

“Nós atendemos ao chamado do Secretário. ...esta é a função social da universidade, nós estávamos meio afastados dos serviços ... o Hospital aqui já está muito especializado, não tem jeito. Lá os estudantes e os profissionais podem ter maior compromisso com o serviço, ter uma formação mais geral, ter maior responsabilidade administrativa.”
(Alto dirigente, entrevista)

“A academia, a escola, os departamentos acadêmicos, mas o que vocês vão fazer no meio da favela do Taboão? O que significa isso? ... Será que nós vamos fazer ensino, nós vamos fazer pesquisa ou nós vamos dar mais enfoque a assistência? E aí nós fomos elaborando, na prática, porque a reitoria teve um papel fundamental nisso, porque encontrou um meio termo de convivência entre nós, que buscavamos na assistência os interesses da população local e também os interesses do sistema único, e isso nós tivemos a oportunidade de fazer aqui. É

isso que o contrato de gestão também ganha no social.” (Diretor de OSS, entrevista)

- O SECONCI, Serviço Social da indústria da Construção Civil e Mobiliário, é uma Instituição não lucrativa que tem no seu Conselho Gestor representantes do Sindicato Patronal da Construção Civil (Sinduscon) e é mantida pela contribuição de empresas associadas. Tem como finalidade prestar assistência social e principalmente prestar assistência médica ambulatorial a funcionários da construção civil. Conta com um grande ambulatório de especialidades em São Paulo e mais três outros regionais, no interior do Estado. Nos últimos anos, conveniou-se à rede do SUS, passando a prestar serviços à população em geral. A opção por assumir a gestão de um serviço hospitalar foi justificada como uma resposta a um convite do Secretário, e era compatível com a missão assistencial da instituição. Ao mesmo tempo percebia-se um enfraquecimento nas suas atividades decorrentes da própria expansão do SUS em cidades onde tinha seus ambulatórios funcionando – “o SUS é um concorrente do SECONSI” – e da terceirização de mão de obra por parte das construtoras, o que desvinculava os trabalhadores da organização. Neste sentido, a parceria permite que o serviço não corra o risco de encolher na sua função social, ainda que através de uma ampliação de seu foco de atuação, além de permitir ganhar experiência na gestão hospitalar. É uma alternativa para um modelo original que talvez tenha se esgotado.

“... acho que a empresa de um modo geral está bastante consciente da sua responsabilidade social.” (Alto dirigente, entrevista)

“Então, viram nessa atividade um novo caminho. Nós estamos em um modelo que talvez já esteja se esgotando de fazer um trabalho exclusivamente, pelo menos na área médica, para o trabalhador da construção civil e adotando uma postura talvez mais abrangente, abrindo outros caminhos.” (Diretor de Hospital, entrevista)

- A Casa de Saúde Santa Marcelina é uma instituição filantrópica, mantida pela Congregação das Irmãs Marcelinas, que atua há quarenta anos na zona leste da cidade. Hoje em dia conta com um Hospital de cerca de 700 leitos, de alta complexidade, principal referência terciária para a região leste da cidade. A Casa de Saúde tem hoje uma imagem fortemente consolidada na região como um serviço de qualidade, o que possibilita uma atuação bastante agressiva da Instituição junto ao poder público, de todos os níveis de governo, para a captação de recursos. Foi o primeiro, desde 1996, e foi o principal parceiro da Secretaria de Estado da Saúde na implantação do Projeto QUALIS, destinado a implementar o Programa de Saúde da Família em grandes centros urbanos. Este programa teve também um significado político conjuntural importante ao se posicionar como contraponto, dentro do Sistema Único da Saúde, à proposta do PAS, implementado pela Prefeitura Municipal de São Paulo, que pretendia trazer uma alternativa ao SUS. Hoje continua sendo um importante parceiro da Secretaria Municipal de Saúde na implantação do PSF na região. Conta ainda com uma Faculdade de Enfermagem e uma Faculdade de Artes Plásticas.

Ao assumir a gestão dos hospitais de Itaim Paulista, no extremo leste do município e do Hospital de Itaquaquecetuba, no município do mesmo nome, situado muito próximo ao anterior, o Santa Marcelina, além de consolidar sua posição e seguir sua vocação de atender à população carente da região, passa também a constituir quase que um sistema próprio de atenção, com seus níveis primário, secundário e terciário. Isto possibilita inclusive iniciar um processo que, além de promover economia de escala, promove a especialização e divisão de trabalho entre os hospitais.

“Identificamos a oportunidade de dar continuidade ao trabalho, que já é desenvolvido há 40 anos na Zona Leste; e ter uma oportunidade para

continuar a missão de servir a população e ao mesmo tempo de ampliar a capacidade de gerenciar.” (Alto dirigente, entrevista)

“O que diferencia o Santa Marcelina é que é tudo um conjunto: o Qualis faz a atenção primária e há o secundário e o terciário na mesma região, mas ainda falta um certo entrosamento entre os vários níveis.” (Diretor de Hospital, entrevista)

“O Santa Marcelina viu no Itaquaquecetuba uma complementação do Hospital do Itaim.” (Alto Dirigente, entrevista)

- A Congregação Santa Catarina é uma associação religiosa originada da Alemanha, que atua no Brasil a cerca de 100 anos. Gerencia 13 instituições, entre pequenos hospitais e escolas voltados à população carente. Sua principal fonte de financiamento, entretanto provém de uma escola particular de elite no Rio de Janeiro e do Hospital Santa Catarina, em São Paulo, que constitui uma importante referência no sistema de saúde suplementar.

“A instituição tem mais de 100 anos e sempre teve obras sociais fora de SP.

“Para manter obras e instituições fora de SP, o chefe da instituição utiliza os recursos obtidos com Hospital Santa Catarina.

“Como a entidade é ligada à igreja católica e está muito próxima ao Padre Marcelo, muitos fiéis dele ali procuram trabalho voluntário.

“A Associação tem 2 alicerces: saúde e educação.

“A Associação Beneficente Santa Marcelina é responsável por 13 hospitais, dos quais apenas 2 são auto-sustentáveis.” (Alto dirigente, entrevista)

A organização justifica a sua motivação para entrar na parceria por duas razões – a primeira que é cumprir sua missão, atuando junto a populações carentes no campo da saúde e educação. A segunda relaciona-se à preocupação de perda do certificado de filantropia em função do número de leitos oferecidos ao SUS.

“O Secretário estava procurando instituições filantrópicas, e as irmãs ficaram muito bem impressionadas por se tratar de uma proposta concreta, de muita responsabilidade.

“Quando a instituição estava completando 100 anos e queria ter algum marco histórico, coincidentemente recebeu esse convite para trabalhar em um hospital.

“Optou-se pelo hospital de Pedreira por ser mais próximo e por ter uma localização geográfica mais privilegiada.

“É a possibilidade de ter uma assistência social numa região bastante carente.

“Há a necessidade da instituição estabelecer o vínculo com o SUS para garantir o certificado de filantropia.” (Alto Dirigente e Diretor de Hospital, entrevista conjunta)

- Sanatorinhos – Ação Comunitária, é uma Associação tradicional voltada ao atendimento de tuberculosos. Conta com um hospital em Campos do Jordão, em parte transformado em hospital geral e em parte destinado ao atendimento de tuberculosos. Conta ainda com um ambulatório para atendimento de tuberculosos. É, portanto, um serviço com limitadas expectativas de expansão, dado o seu foco atual.

“Na década de 30, o Brasil enfrentou sérios problemas com a tuberculose. Os mais ricos se tratavam na Europa e os mais pobres iam para Campos do Jordão, pelo do trem de Pindamonhangaba.

“Comumente se encontrava doentes falecendo nos vagões, e isso trazia um aborrecimento muito grande.

“A necessidade de encontrar uma solução para a tuberculose fez com que alguns membros da sociedade se organizassem e fundassem vários sanatórios em Campos.

“A gente atendia uma quantidade muito grande de pessoas, e só pagava quem pudesse pagar. Tornou-se o maior hospital de tuberculosos da América Latina.

“Foi pioneiro nas cirurgias de pulmão, tratamento dos medicamentos quimioterápicos, com o Instituto Pasteur ...” (Alto dirigente, entrevista)

“Teve como motivação inicial o convite do secretário para gerir uma OSS, porém refere que sempre teve a vontade de ter um hospital em São Paulo.

“Por indicação do Mário Covas, o Dr. Guedes nos convidou para administrar Carapicuíba e Itapevi, hospitais construídos para serem de gestão estadual, não OSSs.

“Já fazia parte do Conselho Estadual e Municipal de Saúde, e era o responsável pela análise dos gastos orçamentários; ... porque além de termos sido procurados, nós procurávamos parceiros.” (Alto dirigente, entrevista)

- A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo é uma instituição filantrópica tradicional que remonta suas origens no Brasil ao período colonial. Foi berço e campo de estágio das duas primeiras faculdades de medicina de São Paulo, além de contar, desde 1966, com sua própria faculdade. É um serviço de alta complexidade, com mais de 700 leitos no Hospital Central. Gerencia seis hospitais no Estado de São Paulo, dos quais um funciona apenas com o atendimento à medicina supletiva e o outro é uma parceria com a SES para o Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana. É o maior prestador individual do sistema de saúde no Brasil – os serviços prestados pela Universidade de São Paulo são contabilizados em suas grandes instituições, de forma independente (HC, HU, INCOR, Instituto da Criança) – e os da Santa Casa são faturados todos juntos. A instituição encontra sérias limitações para a expansão de seus serviços e principalmente para a incorporação de tecnologia de ponta, em função dos limites dados pelo financiamento do SUS. Diferente da Unifesp, a tradição da Santa Casa sempre foi sua atividade assistencial e não a pesquisa básica. Não houve motivação especial, porque a Santa Casa não seria convidada e virar OSS. A Santa Casa **era o modelo da OSS** pensado pelo Secretário. Entretanto, o financiamento através de um orçamento fixo parece ser algo muito importante.

“A organização social é um destes setes hospitais. Na verdade, o doutor Guedes, quando começou a fazer esse negocio de organização social, o primeiro hospital que ele pensou em fazer foi aqui na Santa Casa mesmo, e foi com a gente que ele conversou ... um hospital que trabalha como se fosse público, sendo privado, e a organização social no fundo é isso, é uma coisa pública administrada por uma entidade privada. Então, praticamente nós participamos da criação disso tudo, não teve muito processo de negociação ... por que isso vem ao encontro de uma coisa que a gente pensa do financiamento da saúde de um hospital como a Santa casa não pode ser feito por um serviço

prestado, tem que ser feito orçamentariamente.” (Alto dirigente, entrevista)

5.4.2 O RELACIONAMENTO COM A SES-OSS E COM O SISTEMA DE SAÚDE

A relação estabelecida entre as OSSs e a Secretaria realiza-se de forma diferenciada, frente à tradicional venda de serviços ao SUS, representando uma redução na autonomia para a utilização de recursos para as instituições, na medida em que são estabelecidas metas a serem atingidas e há uma exigência de demonstração mensal de resultados. Entretanto, para o conjunto das organizações envolvidas, esta primeira etapa de relacionamento foi considerada muito positiva. Esta perda aparente de autonomia parece ter sido amplamente superada em função da estratégia de implantação estabelecida. O processo de aprendizado progressivo desenvolvido entre os parceiros foi considerado positivo em dois aspectos: estabeleceu metas factíveis e extensamente negociadas, e estabeleceu-se um mecanismo de financiamento altamente favorável, quando além da “mesada” inicial de implantação, que garantiu estabilidade ao processo, seguiu-se o repasse do faturamento acrescido de 50% do valor, e a complementação do Desequilíbrio Econômico Financeiro, mediante a demonstração dos gastos do Hospital.

Ao mesmo tempo, o processo de implantação foi acompanhado muito de perto pelo alto escalão da Secretaria, de forma a se realizarem os ajustes necessários no tempo e na dimensão.

Por outro lado, outro fator relatado como positivo foi o fato de as OSSs receberem os serviços equipados, cabendo à instituição a responsabilidade apenas de pôr o serviço em operação. Esta condição evitou que as organizações tivessem que enfrentar um processo de mudança cultural entre a organização de origem e o novo hospital, permitindo inclusive o

desenvolvimento de projetos assistenciais diferenciados, em geral direcionados à humanização no atendimento, pois o “Estado pagava o que a gente pedia”.¹

O acompanhamento por parte da Secretaria foi realizado através de reuniões mensais com os serviços, bem como através do preenchimento de um relatório mensal com dados relativos ao seu desempenho físico-financeiro.

No primeiro momento, de instalação, os níveis regionais da Secretaria tiveram uma participação pequena neste acompanhamento, que foi crescendo na medida em que foram sendo definidos critérios mais específicos para o contrato, a partir de 2001. As novas condições, baseadas em volumes de internação globais por clínica, atendimentos ambulatoriais, exames subsidiários etc., permitem que a DIR/Núcleo interfira de fato no atendimento das necessidades assistenciais da região.

“O Núcleo foi um grande parceiro na re-organização da demanda.
 “O último orçamento foi feito com a participação do Núcleo.
 “O orçamento estreitou a relação Núcleo X Santa Marcelina.”
 (Diretor de Hospital, entrevista)

“O Núcleo está na região, sabem a necessidade de serviço dessa região, e a gente vai atendendo e entendemos que aquilo era um pedido da Secretaria.
 “A relação com o Núcleo é e tem que ser próxima para a gente entender qual é o nosso papel de fato.” (Alto dirigente, entrevista)

Entretanto, algumas OSSs percebem ainda uma certa fragilidade da DIR/Núcleo em realizar efetivamente este papel de planejador/coordenador das ações de saúde.

¹ É o caso dos Hospitais de Itapeverica e do Itaim, ambos selecionados como finalistas estaduais para o prêmio Galba Araújo de Humanização do Parto, que implica na introdução de práticas como o acompanhamento do pai durante o parto, o acompanhamento de pré-natal com o desenvolvimento de práticas mais naturais, a recuperação das práticas das enfermeiras obstétricas, o abandono da episiotomia como prática regular, a introdução de Alojamento Conjunto para mães e crianças, a introdução das mães canguru para o acompanhamento de crianças prematuras ou de baixo peso, a introdução das acompanhantes voluntárias da comunidade que auxiliam a mãe durante e após o trabalho de parto. O Hospital de Itapeverica foi o ganhador do Prêmio Nacional. Além disso, estão

“O Núcleo não consegue fazer esse papel de nos dar as diretrizes, controlar os exames. Tem limitações para fazer esse papel com a agilidade que gostaríamos.” (Alto dirigente, entrevista)

Ainda que esta já seja a função destes níveis regionais, a possibilidade de intervenção nas atividades desenvolvidas pelos Hospitais, conveniados e próprios, sempre foi muito reduzida, em função de não existirem instrumentos e mecanismos de remuneração alternativos que permitissem reorientar de forma significativa o perfil assistencial do hospital em função das necessidades identificadas. Tal problema é em geral decorrente da má remuneração do sistema a determinados procedimentos em detrimento de outros, o que no caso das OSSs fica superado em função da definição do orçamento global.

“A participação efetiva da DIR na negociação ocorreu a partir da implantação da 4ª OS (Itapevi). A partir daí, iniciamos o levantamento das demandas/necessidades; elaboração de projetos, ajudando a definir/elaborar o perfil assistencial dos hospitais. A DIR é o veículo através do qual as necessidades de saúde chegam até os hospitais, em termos de complexidade/grau de assistência; ela compatibiliza os serviços dos hospitais com as redes municipais ... o hospital é uma ferramenta que está a nossa disposição....” (Dirigente regional da SES, entrevista)

A regularidade no repasse de recursos e a disponibilidade para a discussão dos projetos e problemas específicos de cada hospital foram considerados outros pontos fortes neste processo. O acompanhamento, que agora passa a ser trimestral, permite ajustes periódicos nas metas pactuadas em função das demandas do sistema.

Entretanto, é a partir da definição do orçamento fixo baseado em valores e metas globais estabelecidos em função das necessidades locais que começam a surgir as críticas à proposta, como discutiremos mais adiante.

sendo introduzidas em três dos hospitais as práticas necessárias para o seu reconhecimento como Hospital Amigo da Criança.

Existem outros mecanismos formais de integração das OSSs no sistema.

“Na região de Itapecerica e Osasco – DIR V, os Hospitais Itapecerica e Pirajussara fazem parte da Comissão Intergestores Regional, onde se reúnem os municípios e a regional do Estado para estabelecer a organização do sistema de saúde local.” (Dirigente regional da SES, entrevista)

Todos o Hospitais fazem parte do Sistema Controlador Metropolitano, solicitando e cedendo vagas para casos de urgência e emergência.

5.4.3 A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

A questão do Controle Social nas Organizações Sociais já foi intensamente discutida por CARNEIRO JR. (2002), referindo-se aos casos das OSS de Itaim e de Itapecerica. Nosso foco aqui está mais direcionado a identificar como os dirigentes e a própria Secretaria relatam como se dá esta participação junto aos seus serviços, e suas consequências para as organizações. Aqui existe uma compreensão bastante difusa em relação a esta questão. Todas as OSSs, em função do contrato de gestão, têm que realizar pesquisas de satisfação, bem como constituir um serviço de atendimento ao cliente.

“Temos aprovação de 95% de nossos pacientes.”

“Nossa aprovação é muito alta.” (Comentário geral, entrevistas)

Aqui, portanto, a relação é entendida através do questionamento da relação do serviço com seus usuários, individualmente. Por outro lado, todas as organizações, até em função de sua história assistencial, contam com a participação de algum tipo de atividade voluntária, tanto de natureza espiritual como em alguns casos envolvidas de forma sistemática na atenção, como é o caso das voluntárias que acompanham as mulheres durante o parto.

“Pretendemos desenvolver um vídeo instrutivo à comunidade para tentar educar a população, incentiva-las a procurar as unidades básicas.

“Há grupo de professores voluntários, acompanhamento espiritual, grupos de apoio da pastoral, acompanhantes.” (Dirigente de hospital, entrevista)

A negociação com a comunidade organizada também aparece com frequência, às vezes de forma sistemática e regular, às vezes de forma esporádica, pontual. Em geral, tal relação é muito valorizada e justifica os pleitos apresentados.

“Mensalmente a comunidade vem aqui, o grupo de movimento de saúde, e nessas relações discutem-se vários assuntos.

“A população acompanha o que a gente faz, o que a gente gasta.

“... a demanda tá crescendo porque a população vai conhecendo e acreditando no trabalho que é feito.

“O Conselho Regional de Saúde é quem trás mensalmente os problemas da população.” (Dirigente de hospital, entrevista)

Uma parte das organizações refere que esta aproximação foi mais intensa no início das atividades do hospital num movimento de apresentação mútua, bem como de identificação de demandas mais intensas e de esclarecimentos relativos ao funcionamento do hospital – Pronto-Socorro fechado, por exemplo.

“... fizemos mais de cem reuniões com a população para discutir a questão do Pronto-Socorro.

“Não tinha nada, ninguém sabia de nada, e então fomos conversar com a população.” (Dirigente de hospital, entrevista)

Entretanto, é interessante observar que foram poucas as organizações que chegaram a constituir seus Conselhos Gestores formalmente, até porque este Conselho não atuará no Hospital especificamente, mas tem de uma certa forma uma relação mais próxima da organização de origem. O que significa um tipo de participação muito mais sugestiva do que efetivamente voltada para o controle ou a criação de espaços deliberativos.

“Não há Conselho Administrativo. Pretende-se formar um em 2003.”
(Alto dirigente, entrevista)

O que também pode estar muito relacionado a um tipo de associação bastante conservadora que deu origem às OSS. Algumas organizações têm desenvolvido ainda um novo tipo de abordagem através de sua integração na comunidade, com atividades desenvolvidas além de seus muros. Além de atividades de Assistência Domiciliar, o Hospital do Itaim vem implementando também uma Casa de Parto e um atelier de Psiquiatria, e o Hospital de Itaquaquecetuba vem desenvolvendo programas em parceria com a Pastoral da Criança no atendimento a desnutridos. Outra organização que tem uma relação mais próxima do conjunto da comunidade onde está inserida, incluindo aí desde órgãos de governo, associação comercial, população organizada etc., é a de Itapecerica, em função da história de reivindicação popular que deu origem ao Hospital. A Congregação Santa Catarina, além das atividades desenvolvidas pelo PSF, também é referência para atendimento indígena na região. O Sanatorinhos está pensando em fazer uma faculdade em Carapicuíba.

“Fomos eleitos pela FUNASA como hospital de referência para a comunidade indígena de Parelheiros.” (Alto dirigente, entrevista)

“Estamos em interlocução com o prefeito de Carapicuíba, devido a proposta de fazer uma faculdade de enfermagem/fisioterapia. Há nível médio profissionalizante, auxiliares e técnicos de enfermagem.” (Alto dirigente, entrevista)

5.4.4 GANHOS INSTITUCIONAIS

A experiência em curso tem gerado para as instituições diferentes oportunidades de crescimento institucional, além do simples estabelecimento de uma relação estável de compra e venda de serviços de forma eficaz. Para algumas instituições, este ganho fazia parte

explicitamente do projeto original de parceria. Para outras, é possível que este ganho tenha sido decorrente do aprendizado desenvolvido através da parceria.

Por outro lado, o peso que estes serviços passam a ter nas suas estruturas de origem desencadeia mudanças na relação institucional. O Hospital de Grajaú, para o seu gerenciamento, gerou uma autonomização da Faculdade de Medicina dentro da UNISA. Esta autonomia, inclusive, estendeu-se também à gestão do seu hospital universitário próprio, fortalecendo o papel da faculdade dentro da instituição.

O SECONCI também reorganizou sua gerência assistencial em função das parcerias Hospital, que passaram a ter maior autonomia, além de ter redirecionado completamente o seu foco de trabalho de um serviço de prestação de serviços para uma clientela cativa, privada, para o atendimento público junto ao SUS.

O Sanatorinhos deixou de ser um serviço especializado em tuberculose, associado a alguns leitos de hospital geral em Campos de Jordão, para ser um serviço que, além de gerenciar duas OSSs com quase 500 leitos, passou a gerenciar também a Santa Casa de Aparecida, em parceria com o município, e vem negociando outras parcerias no interior do Estado.

“O Estado está nos convidando para administrar a Santa Casa de Itu.

“A gente sempre sonhou em ter um hospital na cidade de São Paulo.

“A necessidade de alcançar o cumprimento das metas leva as entidades a fazerem uma gestão altamente técnica e resolutiva.

“Não houve mudança na estrutura da entidade em função da implantação das OSSs.” (Alto dirigente, entrevista)

Dimensão da OS na Instituição mãe:

“A OSS dentro da Instituição Sanatorinhos tem um peso muito grande. São 50 médicos só em Campos do Jordão.

“O hospital tem necessidade de outros setores importantes.

“A entidade captou recursos para investir na área de hemodiálise, e propomos montar o prédio em troca dos equipamentos e custeio do serviço.” (Alto dirigente, entrevista)

A Casa de Saúde Santa Marcelina vem avançando no sentido de constituir uma rede assistencial de alta complexidade sob sua gerência direta, ainda que vinculada ao SUS. A proximidade dos hospitais vem permitindo um trabalho complementar entre as instituições e possibilitando economia de escala entre os serviços. Além disso, o fato de contar com Hospitais de menor complexidade vem permitindo a introdução de algumas modernizações gerenciais nestes serviços, como a interligação por fibra óptica e a informatização do sistema gerencial destes novos hospitais.

A Associação Congregação Santa Catarina constituiu o Hospital de Pedreira como *benchmarking* e “serviço-escola de relacionamento com o SUS”, para seus demais serviços que atuam no setor público. Ao mesmo tempo, fortaleceu sua imagem junto à Congregação Religiosa na Alemanha. A dimensão da demanda, associada à possibilidade de uma contratação diferenciada de profissionais, vem levando o Hospital a começar a pensar em estruturar residências.

“A gente aprendeu a se relacionar com os órgãos públicos; temos uma relação próxima ao Estado e à Prefeitura.

“Qualquer profissional novo, seja administrador ou outro funcionário, tem como requisito conhecer a estrutura do SUS, o PSF, desde o faturamento até a complexidade do serviço.

“A entidade tem agregado bastante conhecimento, o que proporciona oportunidades como a criação de especialidade em cirurgias e residência médica.

“Recebemos 4 irmãs da Alemanha que ficaram encantadas com o trabalho de parceria com o Estado. Lá na Alemanha é comum o Estado comprar serviço de Hospitais.” (Alto dirigente, entrevista)

O hospital de Pirajussara e o de Diadema, gerenciados pela UNIFESP, podem contribuir para a incorporação dentro da tradicional Escola, de uma preocupação mais direcionada para a assistência e para o uso eficiente dos recursos, ao contrário da postura direcionada apenas para a investigação científica.

Apenas a Santa Casa de São Paulo refere não ter incorporado nenhum ganho institucional significativo além da expansão de sua rede assistencial no sistema e de suas parcerias com a SES.

É interessante observar, por outro lado, que os serviços foram unânimes em considerar que, ainda que considerem ter condições de competir no mercado privado, uma eventual mudança na lei que possibilitasse a venda de serviços para convênios complicaria a gestão, com retornos provavelmente não tão significativos. Tanto o Hospital São Paulo como a Casa de Saúde Santa Marcelina, que vendem serviços a convênios nos Hospitais próprios, apresentam dificuldades na operação destes serviços.

“Se a proposta inicial de trabalhar com SUS e convênio fosse adotada, os pacientes SUS teriam que ser colocados no leito do Convênio, e acabaria não havendo faturamento de convênio. (Diretor de hospital, entrevista)

“Acho que não ia dar certo. Aqui já é muito complicado.” (Alto dirigente, entrevista)

O principal conjunto de inovações parece estar se dando na Secretaria de Estado da Saúde. Este processo vem permitindo à Secretaria o desenvolvimento de um mecanismo de acompanhamento gerencial dos hospitais sob sua responsabilidade aparentemente muito mais eficaz, além de permitir o fortalecimento significativo da ação técnica no nível regional. O sucesso parcial deste processo também permitiu por sua vez o desenvolvimento de um novo projeto gerencial na Secretaria com a estruturação da Coordenadoria de Compra de Serviços de Saúde. Este órgão comprador de serviços é independente das Coordenações da Grande São Paulo e do Interior que hoje realizam este duplo trabalho de comprar, acompanhar e prestar serviços diretamente sem instrumentos eficazes para tanto, que definam claramente as responsabilidades dos envolvidos no aprendizado

“... foi um ganho assustador ...

“É um trabalho bastante moderno; é uma grande escola.

“... a implantação dos 4 hospitais transformou bastante as características da região

“A tecnologia e a competência mudou aquela característica dos hospitais públicos.

“A fiscalização nos obriga a aprimorar o processo e a fazer os ajustes necessários

Este processo também acarretou uma mudança estrutural na SES e parece ter sido bem recebido:

“A relação com a Coord. Contratação é muito boa.

“A criação da Coord. da Contratação formalizou a relação, que era um pouco solta na SES, permitindo o estabelecimento de normas, parâmetros e regras.

“A Coordenação de Contratação é recente, foi criada em 2001, ainda se estrutura. Precisa definir mais o seu espaço.

“A necessidade de capacitar os técnicos da SES a nível regional, para trabalhar nesse processo. É tudo novo.”

(Dirigente regional, entrevista)

“A função de *contratar serviços* ser diferente de *prestar serviços* foi um aprendizado importante.

“Houve um aprendizado muito grande na consultoria dos espanhóis.

Atualmente, a consultoria não é mais necessária devido ao conhecimento obtido nessa parceria.

“O sistema de informação dos hospitais das OSS é muito interessante. mensalmente eles inserem no site da SES as informações estatísticas produzidas.” (Alto dirigente, entrevista)

“A SES não tinha quem gerenciasse a experiência de OSS.

“Criou-se uma Coordenação de contratação de Serviços de Saúde, por decreto do governador, devido ao grande volume de recursos envolvidos e a crescente demanda de trabalho, pois começou com 6 e hoje são 13 os hospitais das OSSs.” (Alto dirigente, entrevista)

Atualmente, esse modelo de gestão está sendo experimentado em 6 hospitais do Estado, que trabalham com o mesmo sistema de custo das OSSs, através de “contratos-sombra”. O valor do orçamento desses hospitais é o mesmo de todos os demais da Secretaria, a diferença sendo que o orçamento é feito através de um contrato de gestão, um contrato de

metas com a contratação de serviços. Os hospitais que atingem as metas recebem um prêmio de incentivo, destinado à compra de equipamentos e material de consumo. Esse novo dinheiro agregado só não pode ser destinado a pagamento de pessoal

“A perspectiva é contratar os serviços de todos os hospitais da Secretaria.

“Com a bolsa eletrônica de compras o hospital público vai ter praticamente a mesma agilidade da OS, a diferença ta na contratação de gente, pois a OS não precisa da autorização do governador, o diretor de hospital, sim.

“A sustentabilidade o custo dos hospitais OS e dos hospitais do Estado é muito semelhante, mas só que os de OS fazem 3 vezes mais e de coisas mais complexas.” (Altos dirigentes, entrevista)

5.4.5 O NOVO CONTRATO

A nova forma de contrato implementada a partir de 2001 modifica significativamente as relações estabelecidas. Com base no desempenho das instituições ao longo dos dois últimos anos, a Secretaria estabeleceu um orçamento base. Deste orçamento, 90% devem ser repassados mensalmente, mediante o acompanhamento de metas físico-financeiras estabelecidas em cada uma das áreas de internação do hospital, serviços de apoio diagnóstico externos, ambulatório e urgência-emergência. Eventuais estouros acima ou abaixo de 10% da meta estabelecida poderão ser pagos, ou acarretar redução no orçamento a partir dos seguintes pesos – 80% para internação, 10% para ambulatório, 5% para SADT e 5% para urgência. Além disso, existe uma Comissão de Acompanhamento que avalia cada um dos Hospitais e está programada para a metade do ano uma nova rodada de negociação, prevendo reajustes de dissídios e readaptações assistenciais.

Os 10% restantes do orçamento são pagos trimestralmente mediante o alcance de algumas metas de qualidade. Não há mais repasse de recursos proveniente do faturamento que

passa a ser incorporado pela Secretaria. Este mecanismo permite o controle das ações de investimento, que podem ser aprovadas mediante projetos específicos.

“No processo atual houve incremento da participação dos níveis regionais.

“Este tem sido o momento mais difícil deste relacionamento até agora.” (Alto dirigente, entrevista)

Parte dos entrevistados das OSS preferiam o sistema anterior, por contarem com recurso mais livre.

“No início faturava-se SUS e pedia-se o que faltava, uma relação muito favorável para instituição, mas pouco para o Estado.” (Diretor de hospital, entrevista)

Entretanto, concordam que o sistema atual é mais racional e mais previsível.

“A forma como é feito o contrato, as metas, o orçamento fixo, dá muito mais transparência ao processo.” (Alto dirigente, entrevista)

A principal crítica foi feita à comparabilidade dos resultados para a definição os valores orçamentários, na medida em que os serviços têm perfis assistenciais diferentes e enfrentam inserções distintas no sistema.

“Os indicadores de infecção hospitalar são muito primários, não há uma avaliação por grau de complexidade.

“A SES criticou os nossos custos, mas após uma avaliação dos custos concluíram que o que encarece é a complexidade que temos.

“A SES não devia ficar tão isolada, acompanhando a entidade só por planilhas ou números. Eles não vêm ao hospital para conversar com os pacientes, colaboradores, com a comunidade.

“Como a complexidade aumenta muito os custos e a avaliação não faz essa discriminação, estamos enxugando a complexidade. Mais uma vez o paciente que precisa de complexidade vai ficar excluído do sistema.

“Trabalhar com a porta aberta trás uma complexidade, uma estrutura organizacional mais pesada.” (Dirigente de hospital, entrevista)

Assim, se por um lado, o nível regional participa mais da definição das prioridades, quem estabelece o orçamento, a compra, é a CCSS. E, frequentemente, tomando por referência o desempenho econômico financeiro das instituições. Isto às vezes cria percepções de enfrentamento dentro da própria Secretaria e percepções de divergências de critérios para as Organizações Sociais.

“Essa experiência de São Paulo foi muito rica, mas as diretrizes da SES tem que ser mais claras e a relação da SES com o Núcleo tem que melhorar, tem que ter esse olhar mais social.

“A CCSS e o Núcleo deveria ter uma relação mais próxima.

“Falta dentro da SES uma composição de esforços que defina qual é a estratégia, a política para poder nos passar as diretrizes.” (Diretor de hospital, entrevista)

Tal comparabilidade ainda esta de fato em construção. Somente a partir de 2002 estabeleceu-se um sistema de custos, que, no entanto, ainda não é capaz de discriminar os custos dos procedimentos. Em função das discussões realizadas, iniciou-se um estudo relativo à complexidade dos atendimentos realizados pelos diferentes serviços.

Esta condição de maior controle tem, por sua vez, alertado as OSSs para a necessidade de estabelecerem uma troca de informações entre si, como forma de constituírem um relacionamento mais fortalecido na negociação com o Estado, buscando constituir um sistema de *benchmarking*. Isto pode representar o início de uma articulação entre as OSSs, para fazerem frente de forma mais organizada aos termos contratuais estabelecidos pelo governo, tendência apontada por GOLENSKY (1998).

5.5 A MUNICIPALIZAÇÃO

Com relação à possibilidade de municipalização dos serviços, previsto nas Normas Operacionais do SUS, isto parece preocupar mais as OSSs situadas no município de São Paulo, frente a posicionamentos tradicionalmente contrários “à terceirização de serviços públicos de saúde”, presentes no partido que está no governo.

Além disso, as dificuldades de relacionamento sentidas pelas OSS e pelos diretores de núcleo com diferentes distritos e o desempenho dos serviços hospitalares municipais têm deixado os diretores das OSS, ainda que ideologicamente favoráveis, bastante reticentes quanto a possibilidade de municipalização.

“Entende-se que tem que municipalizar, porque os municípios estão mais próximos dos serviços e entendem melhor as suas necessidades. Mas existe um receio muito grande, pois ela não está aparelhada e nem adequada tecnicamente para isso.

“As prefeitura de SP mal consegue dar conta das suas unidades básicas, dos seus hospitais. Pegar os hospitais estaduais seria um caos na saúde.” (Alto dirigente, entrevista)

Entende-se também a importância da articulação entre os diferentes níveis de gestão.

“O SUS tem que ser implantado em sua forma plena, todos tem que falar a mesma língua.” (Alto dirigente, entrevista)

Em relação aos outros municípios, a opinião corrente é que assumir a gestão de um Hospital de âmbito regional, com o custo que ele representa hoje, e com o ônus da desestabilização de uma relação que aparentemente vem dando certo, pode não ser muito interessante para os novos prefeitos.

“É natural que exista uma demanda para a municipalização.

“Os prefeitos querem recursos, e eles são muito mais interessados no âmbito político do que no atendimento social.” (Alto dirigente, entrevista)

“Ou o município não tem recurso ou falta competência técnica.

“O município não consegue administrar a própria rede.

“Para os prefeitos é melhor nas mãos do Estado.” (Gerente regional, entrevista)

5.6 QUESTÕES ESPECÍFICAS

Dois pontos nos parecem particularmente merecedores de discussão específica neste momento e que dizem respeito ao processo de construção da 1ª etapa da parceria e que de alguma forma persiste até agora, e outra mais relacionada à consequência da implantação do orçamento fixo negociado em termos de volume de atendimento.

As transformações gerenciais e assistenciais implantadas em várias Organizações Sociais

Conforme afirma TANAKA (2001), ao estudar a inovação do Hospital de Itaim, avalia que a inovação que aí se instala é decorrente muito mais das inter-relações que se estabelecem no interior da organização que da estruturação da parceria em si mesma. Ainda que seja impossível discordar desta afirmação, seria possível se perguntar porquê tais iniciativas puderam ser desenvolvidas nas OSS.

Aqui algumas questões merecem ser pontuadas: o processo de implantação das Organizações Sociais possibilitou durante um certo período de tempo uma grande liberdade criativa para as Organizações – como o financiamento estava mais ou menos garantido, na medida em que não existiam grandes constrangimentos financeiros, tendo em vista que as Organizações eram uma prioridade de governo e como tal deveriam ser tratadas, e não havia

uma experiência consolidada a respeito do custo hospitalar, os novos gestores tiveram uma razoável liberdade para implantar coisas novas – é possível imaginar até que se sentissem estimulados a isto em função do suporte que a iniciativa recebeu. Por outro lado, os hospitais foram entregues totalmente equipados e sem nenhum funcionário. Não houve, portanto, nenhum problema de cultura ou resistência a ser enfrentado. Cabia ao gestor, em função de sua história pessoal e da experiência da organização de origem, construir aquilo que considerasse mais adequado. Neste sentido, é possível que muitos projetos mais ou menos inovadores, limitados nas organizações de origem pelas resistências e reajustes que as mudanças geram, puderam ser implementados. Evidentemente, o contrato de gestão e parceria em si não promovem a inovação, mas a sua forma de implantação parece ter possibilitado este desenvolvimento. Num movimento agora mais ajustado e regulado, os novos projetos, principalmente aqueles que demandem custo adicional, precisarão ser mais negociadas entre os diferentes atores. Entretanto, elas ainda poderão ser desenvolvidas, inclusive pela construção de uma certa cultura de qualidade dentro destas organizações.

No campo assistencial, das 13 OSSs em operação, 4 Hospitais estão desenvolvendo processos de certificação de qualidade, 4 já receberam prêmios do Ministério da Saúde em diferentes áreas, 3 desenvolvem projetos comunitários e 6 são hospitais de ensino. (Boletim Informativo- SES, 2002)

A questão do Novo Contrato e da Avaliação dos Resultados.

A definição exata do mix assistencial a ser desenvolvido por um serviço em função das necessidades da população é um processo complexo e que na maior parte das vezes não depende apenas do serviço. Este mix é decorrente das possibilidades dadas pela tecnologia incorporada e pela estrutura do hospital; pelo conjunto de serviços de saúde disponíveis à população usuária; pelo perfil epidemiológico desta população e pelos fatores

conjunturais e estruturais que determinam o *modus vivendi* e, em última análise, a saúde da população, bem como do relacionamento que o serviço estabelece com esta comunidade, em termos de partilhamento de expectativas, definições de padrões de utilização etc. (HAISNAIN-WYNIA et al, 2001; SHORTELL, 2002) Mesmo que se considere a série histórica da demanda do hospital, ela não é um bom parâmetro, dado o pouco tempo de funcionamento do serviço. Neste sentido, a demanda atendida é determinada muito mais pela estrutura instalada – serviços oferecidos – do que pelas necessidades da população. Assim, o conjunto de fatores com os quais os planejadores de saúde têm que lidar com frequência vão além de sua governabilidade e às vezes de sua capacidade de compreensão. O que não quer dizer que não seja possível definir grandes linhas gerais ou identificar grandes prioridades. O problema é que quando o repasse financeiro do parceiro passa a ser definido em função deste planejamento de necessidades aproximado – e não mais na oferta do que esteja disponível – existe uma possibilidade de desvio razoável. Entretanto, na presente relação, goste-se ou não, o funcionamento ou não funcionamento do sistema depende pelo menos em algum grau do gestor municipal. Mesmo que o gestor estadual seja um bom planejador e um bom articulador, o controle sobre pelo menos parte do sistema é municipal. No caso da OSS, uma parte fundamental, visto que a demanda de Pronto-Socorro será em grande parte dependente do funcionamento das Unidades Básicas e dos Pronto-Socorros. Por outro lado, na medida em que não se tem um conhecimento exato do custo dos procedimentos, o mix assistencial firmado no acordo pode não caber no orçamento proposto. Finalmente, conjunturas ambientais ou sócio-econômicas também podem vir a influenciar tanto a demanda como o custo da atenção. Entretanto, se o planejamento central da distribuição dos recursos basear-se apenas no desempenho hospitalar, independente de sua inserção no sistema local, a chance de algo sair errado também será grande. O que significa que a possibilidade de se definir o que se pretende fazer implica também na escolha do que não será feito – em nome de alguém.

Assim, para as OSSs, a possibilidade de se trabalhar ou não com Pronto-Socorro fechado – que depende essencialmente de negociação com o gestor municipal, tem sido um fator importante no alcance ou não das metas acordadas. Ainda que em menor intensidade, a disponibilidade de referência terciária é outro elemento importante na complexidade e, portanto, no custo da assistência prestada pelo serviço. É em torno da sobrecarga dos serviços que atuam com Pronto Socorro aberto, no município de São Paulo, bem como da incapacidade do contrato de identificar e pactuar metas relativas ao incremento de complexidade que esta inserção acarretaria, que tem havido o maior número de queixas em relação à inadequação entre aquilo que os serviços fazem, o que foi contratado e o seu custo. Já aqueles que atuam fora do município têm conseguido, talvez pela importância que o hospital tem na rede local, conseguido articular-se melhor com os gestores locais.

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Vamos retomar algumas questões discutidas anteriormente em relação às questões políticas e gerenciais para a implementação das propostas das OSSs, no contexto paulista.

1. **A implantação das Organizações Sociais da Saúde em São Paulo é decorrência de um processo histórico e não de uma conjuntura específica.**

A implantação das OSSs não representa uma iniciativa isolada, desenvolvida em função de uma resposta pragmática a uma dificuldade específica de gestão, ou a uma adesão incondicional a um projeto de reforma do Estado desenvolvido no plano federal. Sua implementação, outrossim, é decorrente de um conjunto de fatores sociais e históricos que permitiram seu desenvolvimento na atual conjuntura. Estão entre eles a existência de uma Secretaria de Saúde organizada, dotada de capacidade operativa decorrente de uma série de reformas modernizadoras, que se iniciam no final dos anos 60 e se estendem pela década de 70 e 80, da existência de uma estrutura assistencial instalada importante decorrente do PMS. Passou ainda por diferentes tentativas de implantar formas alternativas de gestão dos serviços próprios. Conta com uma enorme rede assistencial de hospitais e serviços filantrópicos e sem finalidade de lucro, atuando

junto ao sistema. Contava com o compromisso do Governador de terminar e pôr em funcionamento diversos esqueletos de hospitais inacabados distribuídos pelas periferias da Região Metropolitana da Grande São Paulo, contou com um Secretário de Saúde historicamente comprometido com o serviço público de saúde e disposto a modernizar a gestão direta dos hospitais, através de hospitais comunitários – “Esta já era nossa ideia. Nós já discutíamos isso desde o PMS, e está em uma reportagem de 1995.” (Secretário, entrevista) – e finalmente ao se defrontar com os limites da Lei Camata para contratação de pessoal, e teve a possibilidade de aproveitar e adaptar a proposta de publicização desenvolvida para serviços não-exclusivos, pelo MARE.. Desta forma, possibilitou-se a conformação de uma proposta de Lei alternativa que, ao mesmo tempo que flexibilizava a gestão, permitia também um rigoroso acompanhamento no desempenho dos serviços, gerando a possibilidade de intervenção do gestor do sistema na definição da oferta de serviços prestados em função não da estrutura instalada, mas da demanda da população.

2. **É compatível com um processo de Reforma do Estado que busca melhorar o desempenho na gestão dos serviços – fazer mais com menos – mas é sustentado por uma forte estrutura de gestão e regulação governamental.**

O projeto das OSSs de São Paulo pretende garantir melhor desempenho na gestão dos serviços públicos mensurados através de critérios eficientistas. E parece ter sido bem sucedido até o momento. Entretanto, apresenta alguns diferenciais importantes: a relação é reversível – não há portanto transferência de patrimônio público, e se o modelo não for bem sucedido, a gestão pode voltar para o Estado; permite um controle estatal muito mais intenso; envolve um comprometimento total de recursos do Estado com o financiamento do projeto, tirando sua característica de alternativa de mercado para a gestão; exigiu o desenvolvimento de uma estrutura

gerencial nova para a regulação do sistema, que permitiu gerar inteligência para expandir a experiência para outras relações. Neste sentido, tende a seguir um modelo de reforma mais próxima àquele desenvolvido nos países europeus, com um fortalecimento da capacidade regulatória do Estado. Não é, portanto, um projeto privatizante, ou que reduz a intervenção do Estado no setor. Pelo contrário, incrementa gastos (R\$ 500.000.000,00 em recursos orçamentários em 2003) e fortalece sua capacidade de intervenção.

3. **As modificações realizadas no projeto de Lei que regulamentava as OSSs foram positivas para a implantação do projeto.**

É interessante observar que duas alterações no Projeto de Lei original encaminhado ao executivo, resultado do embate democrático sempre necessário, acabaram por facilitar a implantação da proposta: a limitação da implantação das OSSs apenas a serviços novos, frente ao Projeto original que previa a possibilidade de transformação em OSSs de qualquer serviço próprio da SES; e a obrigatoriedade de atendimento apenas a pacientes do SUS, frente ao projeto original que previa a possibilidade de até 30% dos pacientes serem atendidos através de convênios.

A primeira alteração levou as OSSs a iniciarem sua atuação em estruturas que não estavam em funcionamento. Toda a contratação de pessoal se fez a partir do início da gestão da OSS, através da própria OSS. Abriu-se, portanto, o espaço para a construção de uma cultura organizacional que, se não é evidentemente a do serviço público governamental, também não é exatamente aquela da organização de origem e pode ser mais adequada a esta nova forma de relacionamento. E superou-se o enorme desafio de transformar Organizações Públicas da Administração Direta em Organizações Privadas, com o evidente trauma relacionado à gestão de pessoal

envolvido neste processo, e que talvez continue sendo até hoje o principal limitante para a expansão deste projeto em âmbito nacional – a aceitação interna por parte dos funcionários de uma nova relação trabalhista ou da convivência, num mesmo espaço de trabalho de vínculos trabalhistas distintos e de culturas organizacionais distintas. A liberdade para a gestão de pessoal por parte das OSSs deu à Secretaria, atualmente, com o aprimoramento dos mecanismos de acompanhamento, a possibilidade inclusive de comparar custos e desempenhos frente a modalidades diferenciadas de gestão do trabalho – e de indicar soluções para aquele que talvez continue sendo um dos principais problemas de implementação do SUS hoje.

As limitações da atuação das OSSs ao atendimento de 100% do SUS impede a captação de recursos através da venda direta de serviços para a população, ou para convênios, o que torna a relação inteiramente dependente do governo. Esta limitação, que do ponto de vista de governo pode ter ampliado o total de gastos comprometidos com a ação e, por outro lado, segundo alguns, ao limitar o acesso de uma população de classe média ao serviço, reduzir a pressão social por qualidade na assistência, pelo menos nos seus elementos mais relacionados ao atendimento direto e às condições de acomodação, não parece estar preocupando muito as atuais gestões das OSSs, dadas as exigências operacionais – separação de faturamento, mecanismos de acesso diferenciado, organização de pessoal etc. que a implementação de propostas desta natureza acarretam ao serviço. Além disso, é questionável se tais modificações possibilitariam resultados financeiros positivos, dada a localização das OSSs em regiões muito carentes.

Por outro lado, os critérios de indicação, atendidos os requisitos mínimos da lei, dão ao Executivo uma grande discricionariedade para indicar esta ou aquela organização.

4. **A relação de financiamento estabelecida é um ótimo negócio para os parceiros e pode influenciar a gestão do conjunto do sistema.**

A possibilidade de experimentar progressivamente diferentes estratégias de financiamento, associada à implementação de um sistema de custos hospitalares único para todos os serviços, permitiu inicialmente a identificação da real defasagem entre o financiamento do SUS e o faturamento médio possibilitado por estes hospitais. O financiamento desta diferença por parte do Estado, através de uma proposta orçamentária anual condicionada ao alcance de metas comumente acordadas, parece ser hoje o principal agente motivador para a manutenção desta parceria. A diferença de cerca de 60% assumida pelo Estado representa um elemento inédito para instituições dependentes do SUS, que tem de suportar esta defasagem através de transferências de outras instituições da mesma organização que vendem serviços ao sistema de saúde suplementar, ou contar com complementações e socorros governamentais – quando não partir para alternativas menos lícitas. A dimensão desta iniciativa pode vir inclusive a representar, em nível nacional, uma nova base de negociação para os hospitais filantrópicos no conjunto do sistema. Por outro lado, a estabilidade na relação permite a estas instituições o desenvolvimento de projetos assistenciais diferenciados, negociados a partir do nível regional da Secretaria, bem como a partir de seus próprios interesses específicos.

5. **O processo de negociação estabelecido entre os parceiros e o governo cumpre com a maioria dos pré-requisitos de uma boa parceria .**

Considerando as recomendações para uma boa relação de parceria entre setor público e privado, intencionalmente ou não, as OSS parecem ter seguido a maior parte delas. Algumas medidas parecem ter sido fundamentais para o sucesso desta relação. A

implantação das OSSs recebeu **alta priorização política** por parte da direção da SES. O **cumprimento rigoroso dos compromissos** do Estado, bem como a suspensão dos repasses quando do não cumprimento do contrato, por parte dos parceiros deu confiabilidade ao processo. A **continuidade e o tempo** também foram fundamentais. A oportunidade propiciada pela reeleição deu à equipe da Secretaria um tempo político inédito para a maturação deste processo.

O Contrato de Gestão inicial estabeleceu **metas factíveis**, relacionadas à operação com qualidade de um hospital de média complexidade, permitindo, portanto um processo de **adaptação progressiva** da OSS ao novo serviço. A garantia de financiamento também deu tempo e segurança à OSS para colocar o serviço em funcionamento, sem se preocupar inicialmente com a sua manutenção financeira. Tal condição permitiu o desenvolvimento de algumas propostas e **modelos assistenciais significativamente inovadores**, inclusive frente às organizações de origem. Foi estabelecido um **processo de discussão e acompanhamento** através de reuniões mensais entre os serviços e a Secretaria, envolvendo aí tanto o nível central da Secretaria como suas instâncias regionais. **A contratação de Consultorias** tecnicamente qualificadas para realizar este processo de acompanhamento mais próximo permitiu também suprir um certo déficit gerencial da SES nesta função reguladora, bem como vem permitindo o desenho de indicadores e propostas para um novo Contrato de Gestão mais adequado em termos de responsabilidades mútuas e em termos dos objetivos a serem alcançados, tanto no que se refere à sua operação eficiente, como também à sua relação e resposta às demandas regionais do sistema de saúde. O **envolvimento da comunidade local e dos gestores municipais do sistema**, quando foi possível, parece ter contribuído de forma muito significativa para o caso.

Além disso, pelo apresentado identifica-se um diversificado conjunto de interesses direcionando as instituições para esta parceria, o que aparentemente vem, do ponto de vista das OSSs, gerando inclusive **novas formas, não previstas, de relacionamento com a comunidade e de reordenamento e modernização gerencial**. Aqui talvez resida uma das principais características desta iniciativa.

6. **A parceria agregou valor e gerou capital social.**

O conjunto das instituições envolvidas apresentou ganhos institucionais nesta relação, além do simples cumprimento do contrato de parceria. Além disso, estabeleceram uma relação de confiança e de cooperação que permitiu a grande parte destas organizações o desenvolvimento de potencialidades e de novas inserções no sistema de saúde. Assim, a relação é em grande parte decorrente de uma história de inserção destas organizações não apenas no SUS, já que a maior parte delas é anterior à implantação do sistema, mas na própria sociedade, bem como da história pessoal dos dirigentes da SES, da estrutura da secretaria, do ideário do PMS etc. Entretanto, ela também se tornou possível em função de uma ação de governo orientada e autônoma, através de uma burocracia independente e com razoável poder de controle sobre o processo, mas que foi capaz de ir além da simples relação contratual ao **apoiar o desenvolvimento de capacidade gerencial** própria e dos parceiros, necessária para a implantação do projeto. Neste sentido, não se partiu do pressuposto de que tanto o Estado já sabia exatamente o que queria como o parceiro já tinha toda a competência necessária para o implementar o serviço e ser pago por isto. Pelo contrário, criaram-se as condições para o desenvolvimento conjunto dos objetivos da parceria.

7. Não é uma relação do tipo ganha-ganha.

Em que pese a parceria constituída aparentemente ter sido vantajosa para ambas as partes, este processo representa um significativo fortalecimento da gestão estadual junto aos municípios onde os serviços estão implantados. As exigências colocadas pela NOAS, entretanto, podem gerar situações de desajuste na relação, particularmente no município de São Paulo. Ou podem contribuir para um processo de negociação mais consistente e mais ampliado para a organização do sistema de saúde da região metropolitana. Por outro lado, é preciso ter cuidado na definição dos papéis sobre as diferentes responsabilidades no processo. A definição das necessidades, do que deve ser feito em termos de prioridades de serviço, deve ser sempre conduzido pelo nível descentralizado da Secretaria (Núcleo/Dir) na negociação com o parceiro ou município, e portanto não é responsabilidade da CCSS. Esta deve ser a instância capaz de avaliar o desempenho mediante os critérios da regional e gerir o recurso financeiro. Caso contrário, podem ocorrer conflitos de poder.

8. Promoveu um avanço importante na capacidade de gestão hospitalar por parte da SES – mas ainda não é o suficiente.

O conjunto de informações a respeito de desempenho hospitalar com a qual a Secretaria conta hoje é algo há muito perseguido e jamais alcançado. A implantação, por exemplo, de um sistema de custos hospitalares comum a 14 hospitais, permitindo comparabilidade entre os hospitais e a definição orçamentária definida através destes critérios associados ao volume dos diferentes serviços identificados como necessários pelo gestor regional, significa o estabelecimento de uma relação significativamente mais desejável do que poucos anos atrás. Entretanto, ainda existe um longo caminho a ser desenvolvido relativo a como avaliar de fato o desempenho da organização no conjunto

do sistema ao qual ela atende. Há a necessidade de aprimorar o processo de planejamento levando em consideração de forma sistemática o conjunto de serviços e as necessidades da população. Conseqüentemente, caberia o desenvolvimento de metas tanto as qualitativas como as quantitativas, direcionadas a avaliar a resposta do hospital em relação a estas necessidades, bem como de instrumentos capazes de identificar a complexidade assistencial desenvolvida decorrente desta resposta.

9. A contratualização não é uma panacéia para o sistema.

Por melhor que sejam desenvolvidos os mecanismos e instrumentos de planejamento, a fim de estabelecer claramente as necessidades e a demanda possível a ser acordada entre o gestor do sistema e o hospital, nada substituirá, na organização definida hoje para o sistema de saúde no Brasil, a necessidade de articulação contínua e complementar entre os gestores para a construção de um sistema integral de atenção à saúde.

Em resumo, a experiência de implantação das Organizações Sociais de Saúde representa uma importante iniciativa na busca contínua que os gestores públicos devem empreender no sentido de oferecer à população serviços de maior qualidade e com melhor desempenho social, o que significa inclusive desempenho econômico adequado. Este processo deve, entretanto, passar por três caminhos: maior capacidade de resposta e agilidade, o que pode depender inclusive de flexibilização na rigidez imposta aos serviços de administração direta, particularmente em termos de gestão de pessoal e agilidade de compras, dada a enorme sensibilidade que as ações aí desenvolvidas têm em relação à presença ou não, no tempo e hora adequados, do compromisso e da atuação das pessoas que nele trabalham, e dos insumos específicos exigidos, e que portanto deveriam ser controladas com muito maior rigor em

relação ao seu desempenho no cuidado direto da população; maior controle e participação comunitária, dado o conjunto de compromissos que a atenção à saúde exige para o seu desempenho pleno de interações com o modo de viver das pessoas; e maior capacidade de avaliação das ações aí desenvolvidas, decorrentes da *accountability* necessária para um setor com tamanho diferencial de informações entre cidadão e prestador do cuidado, e do impacto social decorrente da sua ação.

As organizações Sociais de Saúde parecem estar avançando no sentido da construção de um modelo de “flexibilidade responsável” nesta já antiga disputa entre autonomia e controle desenvolvida no interior do setor público, e que conjunturalmente pode se aproveitar do processo de Reforma do Aparelho do Estado desenvolvido no Brasil no governo passado. Mesmo sendo uma iniciativa autolimitada à construção dos atuais 14 hospitais, com toda uma especificidade própria de implantação, a sua dimensão em si mesma e o aprendizado que ela pode gerar para a relação entre o Estado e a comunidade na prestação de cuidados de saúde, apontam para a necessidade de maior conhecimento em relação ao seu funcionamento. Neste sentido, identificam-se três linhas possíveis de investigação. A primeira é decorrência direta das discussões realizadas e diz respeito ao aprofundamento das discussões relativas a que tipo de contrato deve ser firmado e em torno de quê. Se é desejável estabelecer relações contratuais claras que possibilitem, se não o fim, pelo menos o meio por onde ela deva caminhar, é necessário saber o que pode ser solicitado destes contratos, como identificar adequadamente as demandas sociais dos serviços e como atendê-las, através de que tipo de acordo, em especial na área da saúde. Esta discussão não se aplica apenas a parcerias da relação público-privado, mas também a relações exclusivamente públicas, ou a novas parcerias com a própria comunidade. A segunda aponta para o aprofundamento do estudo da dinâmica das relações entre os agentes envolvidos, tanto para o interior das organizações como desta para o conjunto do sistema – de que forma os interesses envolvidos e os contratos

estabelecidos determinam este ou aquele desempenho ou conformam as linhas de atuação das organizações. A presente investigação identifica a existência de muitos outros interesses além daqueles firmados nos contratos. E que, da forma como está estabelecida a relação, isto não é levado em consideração ou sequer percebido. Pensando numa ação mais inserida do estado, não seria necessário identificar e promover, ou rejeitar, tais interesses? Uma terceira linha importante seria o cotejamento desta experiência com outras modalidades de gestão ora em desenvolvimento, desde a administração direta até a administração indireta – autarquias e fundações –, convênios e contratos tradicionais, no sentido de se identificar talvez com menos paixão e mais racionalidade às diferentes vantagens, limites e possibilidades de utilização desta ou daquela modalidade. Ainda que nenhuma destas linhas seja de fato inovadora, o aprofundamento da discussão da responsabilidade institucional do Estado, sua relação com os parceiros e sua capacidade de promoção da ação coletiva continuam sendo fundamentais para a sempre nova construção do sistema de saúde no país.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRÚCIO, F. Entrevista. **Reforma Gerencial**, n. 5, p. 23-6, 1998.
- ALMEIDA, C.M. **As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?** 1995. Tese (Doutoramento). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1995.
- _____. Novos Modelos de Atenção à Saúde – bases conceituais e experiências de mudanças. In: COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M. (Org.). **Política de saúde e inovação institucional. Uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/Escola Nacional de Saúde Pública, 1996, p. 69-98.
- _____. Reforma do Estado e reforma do sistema de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 4, p. 263-286, 1999.
- ALVES, F.A. **Fundações, organizações sociais, agências executivas: organizações da sociedade civil de interesse público e outras modalidades de prestação de serviços públicos**. São Paulo: Editora LTR, 2000.
- ANDION, C. Gestão em organizações da economia solidária: contornos de uma problemática. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 7-25, jan./fev. 1998.
- ANDRADE, L.O.M.A. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo – Sobral: HUCITEC/Edições UVA, 2001.
- ANDRÉ, M.A. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do Estado. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 42-52, jul./set. 1999.
- _____. Contratos de gestão: contradições e caminhos da Administração Pública. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 6-12, maio/jun. 1995.
- _____. **Subsídios para a Reforma do Estado: contratos de gestão**. Brasília, DF: IPEA/ENAP/IBAM, v. 4, 1994.

ANDRÉ, M.E.D.A. *Etnografia da prática escolar*. 2 ed. Campinas: Papirus, 1998.

BARATTA, N. Les directeurs d'ARH et la quadrature du cercle. *D.S.*, n. 107, p. 1-15, fév. 1997.

BARBOSA, P.R. (Coord.) **Hospitais filantrópicos no Brasil**. (3 volumes) Rio de Janeiro: BNDES, 2002.

BARRETO, M.I. As organizações sociais na reforma do Estado brasileiro. In: BRESSER PEREIRA, L.C.; GRAU, N.C. (Org.) **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999, p. 107-150.

BIGGS, S.D; NEAME, A.D. Negotiating room to maneuver: reflections concerning NGO autonomy and accountability within the new policy agenda. In: EDWARDS, M.; HULME, D. (Eds.) **Beyond the magic bullet: NGO performance and accountability in the post cold war world**. West Hartford: Kumarian Press, 1996. p. 40-52.

BOBBIO, N. (Org. BOVERO, M.). **Teoria geral da política**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2000.

BOSTON, J. (Ed.) **The State under contract**. New Zealand: Bridget Williams Books, 1995.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Os avanços da reforma na administração pública: 1995-1998**. Brasília, DF, MARE, 1998a.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A reforma do Estado no Brasil**. Brasília, DF, MARE, 1998b.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Emenda Constitucional n. 19, de 4 de junho de 1998: reforma administrativa**. Brasília, DF, MARE, 1998c.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A reforma administrativa do sistema de saúde**. Brasília, DF, MARE, 1998d.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Brasília, DF, MARE, 1998e.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 86 p., 1995.

_____. **A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**, Cadernos MARE da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/MARE, Brasília, DF, 1997.

_____. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo: Editora 34, 1998.

BRESSER PEREIRA, L.C.; GRAU, N.C. (Org.) **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999

BRESSER PEREIRA, L.C.; SPINK, P. (Org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

BUSS, P.M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P.M.; LABRA, M.E. (Org.). **Sistemas de saúde, continuidades e mudanças**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz, 1995, p. 61-101.

CADERNOS MARE DA REFORMA DO ESTADO. Organizações Sociais. Caderno 2. 4 ed. rev. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Brasília, DF, 1998.

CÂMARA DA REFORMA DO ESTADO, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**, Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Brasília, DF, 1995.

CAMPOMAR, M.C. Do uso de "estudo de caso" em pesquisas para dissertações e teses em administração. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 95-97, jul./set. 1991.

CANESQUI, A.M.; OLIVEIRA, A.M.F. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. cap. 11, p. 241-270.

CARDOSO, R. Fortalecimento da Sociedade Civil. In: IOSCHPE, E.B. et al. **3º Setor: desenvolvimento social sustentado**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2000, p. 8-12.

CARNEIRO JR., N. **O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde**. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002.

CASTELAR, R.M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. (Dir.). **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Rennes: Éditions École Nationale de la Santé Publique, 1995.

CHERCHIGLIA, M.L. **O conceito de eficiência na reforma setorial do Estado Brasileiro nos anos 90: difusão e apreensão em um hospital público**. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002.

CHERCHIGLIA, M.L.; DALLARI, S.G. A Reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. **Revista de Administração Pública**, v. 33, n. 5, p. 65-84, 1999.

COELHO, S.C.T. **Terceiro setor: um estudo comparado entre Brasil e Estados Unidos**. São Paulo, Editora SENAC, 2000.

COHN, A.; ELIAS, P.E.M. O plano de assistência à saúde do município de São Paulo: uma modalidade alternativa de gestão? **Revista de Administração**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 44-50, jan./mar. 1998.

COSTA, N.R.; MELO, M.A.C. Reforma do Estado e as mudanças organizacionais no setor saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 52-67, 1998.

COSTA, N.R.; PINTO, L.F. Piso de atenção básica: mudanças na estrutura. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a**

passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. cap. 12, p. 271-298.

_____. Piso de atenção básica: mudanças na estrutura. In: NEGRI, B. & VIANA, A.L.D. (Org.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo e uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social.** São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. p. 271-297,

COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M. (Org.). **Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90.** Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/Escola Nacional de Saúde Pública, 1996.

COSTA, N.R.; SILVA, P.L.B.; RIBEIRO, J.M. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 1, p. 209-227, 2000.

_____. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 209-227, jan./fev. 2000.

DA GUIA, R.G.P. Transferências entre hospitais: a urgência/emergência na Grande São Paulo. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social.** São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. cap. 9, p. 201-220.

DATASUS, 2002. <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 15/12/2002.

DE VRIES, M.S. Desenvolvimentos na Europa: a idéia das gerações de políticas públicas. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 29-52, jan./mar. 1999.

DEFOURNY, J.; DEVELTERE, P. The social economy: the worldwide making of a third sector. In: DEFOURNY, J.; DEVELTERE, P.; FONTENAU, B. **L'économie sociale au Nord et au Sud.** Paris: De Boeck, 1999.

DI PIETRO, M.S.Z. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas.** 2 ed. São Paulo: Editora Atlas, 1997.

DINIZ, E. **Globalização, reformas econômicas e elites empresariais: Brasil anos 1990.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

DINIZ, E.; AZEVEDO, S. (Org.). **Reforma do Estado e democracia no Brasil: dilemas e perspectivas,** Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília/ENAP, 1997.

DOUGLAS, J. Political theories of nonprofit organization. In: POWELL, W.W. **The nonprofit sector: A research handbook.** New Haven: Yale University Press. 1987, cap. 3, p. 43-54.

DRAIBE, S.; HENRIQUE, W. "Welfare State", crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 3, n. 6, p. 53-78, fev. 1998.

DUPRAT, P.; HORTALE, V.A. O contrato de gestão na reforma do sistema hospitalar francês: contribuição à discussão sobre a descentralização dos serviços de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 7-22, mar./abr. 1999.

EDWARDS, M.; HULME, D. Introduction: NGO Performance and Accountability. In: EDWARDS, M.; HULME, D. (Eds.) **Beyond the magic bullet: NGO performance and accountability in the post cold war world**. West Hartford: Kumarian Press, 1996. p. 1-20.

ELIAS, P.E; COHN, A. O PAS no município de São Paulo: novos desafios para velhas questões. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, pp. 167-184. mar./abr. 1998.

EMANUEL, E.J.; TITLOW, K. Evaluating community-based health initiatives: identifying the characteristics of successful initiatives and evaluations. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Durham, v. 27, n. 1, p. 105-108, feb. 2002.

EVANS, P. (Ed.) **State-society synergy: government and social capital in development**. Berkeley: University of California, 1997.

FARAH, M.F.S. Parcerias - novos arranjos institucionais e políticas públicas locais. **Cadernos de Gestão Pública e Cidadania**, v. 18. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

FARAH, M.F.S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 119-44, jan./fev. 2001.

_____. Reforma de políticas sociais no Brasil: experiências recentes de governos subnacionais. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 51-59, jan./mar. 1998.

FEDOZZI, L. **Orçamento participativo: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre**. Porto Alegre: Tomo, 1997.

FERLIE, E. et al. **A nova administração pública em ação**. Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília/Escola Nacional de Administração Pública, 1999.

FERNANDES, A.S.A.F. O capital social e a análise institucional e de políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 375-398, maio/jun. 2002.

FERNANDES, R.C. In: IOSCHPE, E.B. et al. **3º Setor: desenvolvimento social sustentado**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2000, p. 25-33.

FERRAREZI, E; REZENDE, V. **OSCIP – Organização da sociedade civil de interesse público: a lei 9.790/99 como alternativa para o terceiro setor**. Brasília: Comunidade Solidária, 2000.

FERREIRA, J.H.G. **Alianças estratégicas em hospitais privados: estudo de caso com oito hospitais**. 2000. 138 f. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

FLEURY, S. Reforma del Estado. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 7-48, set./out. 2001.

FONSECA, C.D.; SEIXAS, P.H.D. Agenda nacional de recursos humanos em saúde: diretrizes e prioridades. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.D. (Org.) **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. São Paulo: UNICAMP/NEPP, 2002. p. 289-322.

FREEMAN, R.; MORAN, M. A saúde na Europa. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. (Org.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. cap. 1, p. 45-64.

GERSCHMANS, S. A descentralização da política de saúde no final dos anos 90. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 147-170, jul./ago. 2000.

GODOY, A.S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995a.

_____. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995b.

GOLENSKY, M.; DeRUITER, G.L. **The little nonprofits that merged: a strategic response to government contracting pressures**. ARNOVA Annual Conference. ARNOVA Abstracts. Indiana, 1998. Disponível em <http://www.arnova.org>.

HASNAIN-WYNIA, R.; MARGOLIN, F.S.; BAZZLI, G.J. Models for community health partnerships. **Health Forum Journal**, San Francisco, v. 44, n. 3, p. 29-33, may/jun. 2001.

HIRSCH, J. **Globalización, capital y Estado**. México: Universidade Autónoma Metropolitana, 1996.

HORTALE, V.A.; DUPRAT, P. O contrato de gestão na reforma do subsistema hospitalar francês: contribuição à discussão sobre a descentralização dos serviços de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 7-22, mar./abr. 1999.

HUBER, M. Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1970-1997. **Health Care Financing Review**, v. 21, n. 2, p. 99-117, Winter 1999.

IBAÑEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.

IBAÑEZ, N.; BITTAR, O.J.N.V. **Avaliação preliminar das OSS/SUS/Hospitais – Período: Julho/1999-Junho/2000**. Projeto “Avaliação das Organizações Sociais de Saúde” - Sub-Projeto “Atividades Hospitalares”. 2000. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

IBAÑEZ, N.; SPINELLI, S.P. Setor filantrópico: a experiência na operação de planos de saúde no Estado de São Paulo. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. (Org.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. cap. 26, p. 587-606.

IOSCHPE, E.B. et al. **3º Setor: desenvolvimento social sustentado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

JUNQUEIRA, L.A.P. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11-22, mar./abr. 1998.

_____. Descentralização e mudança nas organizações públicas de saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 21, pp. 137-155, 1997.

_____. Descentralização e mudança nas organizações públicas de saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, set./jul. 1996.

KANTER, R.M. From spare change to real change: the social sector as beta site for business innovation. **Harvard Business Review**, Boston, p.122-132, May/Jun. 1999.

KURZ, R. O futuro é diferente: uma visão da sociedade no século XXI. In: **Sociedade e Estado: superando fronteiras**. São Paulo: FUNDAP, 1998. p. 15-34.

LANDIM, L. **Para além do mercado e do Estado? Filantropia e cidadania no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU, jun. 1993.

LANDIM, L.; BERES, N. **Ocupações, despesas e recursos: as organizações sem fins lucrativos no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

LEITE, C.B. Filantrópicas e contribuição social. In: MEREGE, L.C.; BARBOSA, M.N.L. **3º setor: reflexões sobre o marco legal**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 37-41.

LIMA, S.M.L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 101-138, set./out. 1996.

_____. **O contrato de gestão em hospitais públicos: possibilidades e limites**. 1999. Projeto de Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 1999.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MAKIYAMA, M.N. **Análise da captação de recursos em hospitais filantrópicos do município de São Paulo**. 2002. 156 f. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Vargas, São Paulo, 2002.

MEDICI, A.C. A Regulação do trabalho no âmbito da saúde. In: SANTANA, J.P. (Coord.) **Regulação do trabalho em saúde**. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n. 6). Brasília: OPAS, 1994.

MEDICI, A.C.; GIRARDI, S.N. **Produtividade e força de trabalho em saúde: uma abordagem pragmática para sua mensuração**. 30 f. Belo Horizonte (mimeo), 1996.

MEREGE, L.C. (Coord.); BARBOSA, M.N.L. (Org.). **Terceiro setor: reflexão sobre o marco legal**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

MEREGE, L.C. Realidades e perspectivas do terceiro setor no Brasil. In: **Seminário “Princípios e Técnicas de Captação de Recursos”**, 1, 2001, São Paulo. Apostila da Escola Nacional de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas, 2001.

MEREGE, L.C.; QUEIROZ, A. **Profiling the third sector in local communities in Brazil**. Documento apresentado na 29ª Conferência Anual da ARNOVA. New Orleans, Nov. 16-18, 2000.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

_____. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL. **A separação do financiamento e da provisão de serviços no sistema único de saúde** (Seminário realizado no Centro Cultural Banco do Brasil, Rio de Janeiro, 13 e 14 de abril de 1999). Série D – Reuniões e Conferências n. 6, Brasília, jan. 2001.

MINTZBERG, H. Managing government, governing management. **Harvard Business Review**, Boston, p. 75-86, May/Jun. 1996.

MODESTO, P. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. In: MEREGE, L.C.; BARBOSA, M.N.L. **3º Setor: reflexões sobre o marco legal**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 11-35.

MONTEIRO, C.A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo, Editora Hucitec/NUPENS/USP, 1995.

MORALES, C.A. Provisão de serviços sociais através de organizações públicas não-estatais. In: BRESSER PEREIRA, L.C.; GRAU, N.C. (Org.) **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999, p. 51-86.

NAJAM, A. The four-C's of third sector-government relations: cooperation, confrontation, complementarity, and co-optation. **Nonprofit Management and Leadership**, San Francisco, v. 10, n. 4, p. 375-396, verão 2000.

NEGRI, B. & VIANA, A.L.D. (Org.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo e uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002.

NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.D. (Org.) **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. São Paulo: UNICAMP/NEPP, 2002.

NEMES, M.I.B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. cap. 2, p. 65-116.

NOGUEIRA, M.A. **As possibilidades da política: idéias para a reforma democrática do Estado**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

NORTH, D. **Institutions, institutional change and economic performance**. Cambridge, Cambridge University Press, 1991.

OSS – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE. Novo modelo de gestão hospitalar é alternativa de sucesso para a saúde pública do Estado de São Paulo. São Paulo: **Boletim Informativo OSS**, ano 1, n. 1, nov. 2002.

OSS – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE. Relatório: **Avaliação da execução dos contratos de gestão**. São Paulo, jun./dez. 2000.

OSZLAK, O. Estado y sociedad: ¿nuevas reglas de juego? Reforma y Democracia. Venezuela, **Clad**, n. 9, p. 7-60, oct. 1997.

PAES, J.E.S. **Fundações e entidades de interesse social: aspectos jurídicos, administrativos, contábeis e tributários**. 2 ed. Brasília, DF: Brasília Jurídica, 2000.

PAZ, L.S. Apontamentos sobre plano diretor de reforma do Estado, organizações sociais e contratos de gestão. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 36-39, jul./set. 2001.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analysing qualitative data. **British Medical Journal**. v. 320, p. 114-116, 2000.

PORTELA, M.C. et al. Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 79-98, mar./abr. 2000.

PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva *agent x principal*. In: BRESSER PEREIRA, L.C. & SPINK, P.K. (Org.) **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 39-73.

PUTNAM, R. **Comunidade e democracia. A experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

QUINTANA, P.B.; CAMPOS, F.; NOVICK, M. (Org.). **Gestion de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades**. 296 p. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1996.

RYAN, W.P. The new landscape for nonprofits. **Harvard Business Review**. Boston, p. 127-136, Jan./Feb. 1999.

SAGAWA, S.; SEGAL, E. **Common interest, common good: creating value through business and social sector partnerships**. Boston: Harvard Business School Press, 1999.

SALAMON, L. M. A emergência do terceiro setor – uma revolução associativa global. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 5-11, jan./mar. 1998.

_____. **Partners in public service: government-nonprofit relations in the modern welfare state**. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1995.

SANTOS, G.F. Financiamento e investimento na saúde pública de 1995 a 2002. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a**

passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. cap. 16, p. 391-410.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Hospitais Gerenciados por Organizações Sociais de Saúde.** Relatório Geral. São Paulo, abr. 2000. (mimeo)

SEIXAS, P.H. Incentivos financeiros: uma revisão e alguns elementos para reflexão. In: SANTANA, J.P. (Org.) **Perspectivas para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde.** (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n. 5). Brasília: OPAS, 1996.

SES – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Hospitais gerenciados por organizações sociais de saúde.** Relatório Geral. São Paulo: SES, maio 2001.

SES – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Hospitais gerenciados por organizações sociais de saúde.** Relatório Geral. São Paulo: SES, 2002.

SHORTELL, S.M. et al. Evaluating partnerships for community health improvement: tracking the footprints. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Durham, v. 27, n. 1, p. 49-91. feb. 2002.

SILVA, H.M. Novos arranjos para a gestão de políticas sociais: a estratégia Comunidade Solidária. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 103-113. set./out. 1999.

SOUZA, H.M. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social.** São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. cap. 10, p. 221-240.

SOUZA, R.R. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social.** São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. cap. 17, p. 411-432.

_____. O sistema público de saúde brasileiro. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social.** São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. cap. 19, p. 441-470.

SPINK, P.K.; CLEMENTE, R.; ROSANE, K. Governo local: o mito da descentralização e as novas práticas de governança. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 61-69. jan./mar. 1999.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. (Org.). **Inovação e gestão: a organização social no setor saúde.** São Paulo: Annablume/FAPESP, 2002.

TEIXEIRA, H.J.; CAMARGO, R.L.; SALOMÃO, S.M. Reconstrução da administração pública: aspectos do caso brasileiro. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 53-60, jan./mar. 1999.

TREBILCOCK, M. Can government be reinvented? In: BOSTON, J. (Ed.) **The State under contract.** New Zealand: Bridget Williams Books, 1995.

UGÁ, M.L.D. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. In: GERSCHMAN, S. & WERNECK VIANNA, M.L. (Org.) **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1997. p. 81-99.

UPHOFF, N. Why NGOs are not a third sector: a sectoral analysis with some thoughts on accountability, sustainability and evaluation. In: EDWARDS, M.; HULME, D. (Eds.) **Beyond the magic bullet: NGO performance and accountability in the post cold war world**. West Hartford: Kumarian Press, 1996. p. 23-39.

VIANA, A.L.A.; HEIMANN, L.S.; LIMA, L.D. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. (Org.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. cap. 20, p. 471-488.

YIN, R. K. **Case study research, design and methods**. Newsburg Park: SAGE Publications, 1989.

YOUNG, D.R. Alternative models of government-nonprofit sector relations: theoretical and international perspectives. **Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly**, San Francisco, v. 29, n. 1, p. 149-172, mar 2000.

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Roteiro de Entrevista – Organizações Sociais

1. *O que motivou a instituição a assumir a condição de Organização Social. Quais suas expectativas e o que isto agrega valor a suas ações atuais?*

Breve descrição da instituição e situação conjuntural que a orientou a motivou a aceitar o convite. Como foi a negociação?

2. *Pontos positivos e dificuldades na estruturação jurídica da OS e na nova forma de relacionamento via contrato de gestão.*

O que muda na relação com o Estado?

O estabelecimento das metas. O papel do Núcleo, o papel do nível central da SES, o papel das consultorias, as secretarias municipais;

Os compromissos; relação com as Consultorias; mecanismos de negociação das metas;

Que facilidades e que dificuldades?

Que aprendizado esta forma de relacionamento gera? Para quem?

Ele pode ser redirecionado para outros setores da instituição?

3. *Expectativas frente ao novo contrato de gestão.*

Como ficou o novo contrato. A etapa anterior e a atual

O acompanhamento, o papel do núcleo, do nível central e das consultorias

A negociação – dificuldades, sugestões

O que o faria romper o contrato

A possibilidade de venda de serviços seria mais interessante para a instituição?

Composição e papel do conselho administrativo

4. *Mecanismos de controle e participação da comunidade na definição de prioridades do Hospital*
5. *Como você vê a OS hoje? Características do Hospital. Perfil de atendimento. Papel na comunidade e no sistema de saúde da região. Mecanismos de relacionamento com a rede – inclusive a municipal. Pontos fortes e fracos da OS. A perspectiva de municipalização? O papel do nível municipal.*

Roteiro de Entrevista – Secretaria de Estado da Saúde:

1. *O que motivou a instituição secretaria de estado da saúde a desenvolver este tipo de parceria com Organização Social. Quais as suas expectativas e o que isto agrega valor frente aos modelos atualmente estabelecidos – gestão direta ou convênio?*

Breve descrição da instituição e da situação conjuntural da SES que orientou o desenvolvimento da Proposta. Como foi a negociação para a sua implantação? E com os parceiros?

2. *Pontos positivos e dificuldades na estruturação da OSS e na nova forma de relacionamento via contrato de gestão. Como foi o processo?*

O que muda na relação com o parceiro?

O estabelecimento das metas. O papel do Núcleo, o papel do nível central da SES, o papel das consultorias, as secretarias municipais.

Os compromissos; relação com as Consultorias; mecanismos de negociação das metas;

Que facilidades e quais dificuldades?

3. *Expectativas frente ao novo contrato de gestão. Por que mudou?*

Como ficou o novo contrato. A etapa anterior e a atual

O acompanhamento, o papel do núcleo, do nível central e das consultorias

A negociação do novo modelo – dificuldades, sugestões

4. *Que aprendizado esta forma de relacionamento gera? Para quem?*

Ele pode ser redirecionado para outros setores da instituição?

5. *Composição e papel do conselho de acompanhamento*
6. *Mecanismos de controle e avaliação e prestação de contas da SES junto a sociedade ou à comunidade local (caso da DIR/Núcleo). Papel da comunidade na definição de prioridades do Hospital*
6. *Como você vê a parceria com as OSS hoje? Papel na comunidade e no sistema de saúde da região. Mecanismos de relacionamento com a rede – inclusive a municipal. Pontos fortes e fracos das OSS. A perspectiva de municipalização? O papel do nível municipal.*

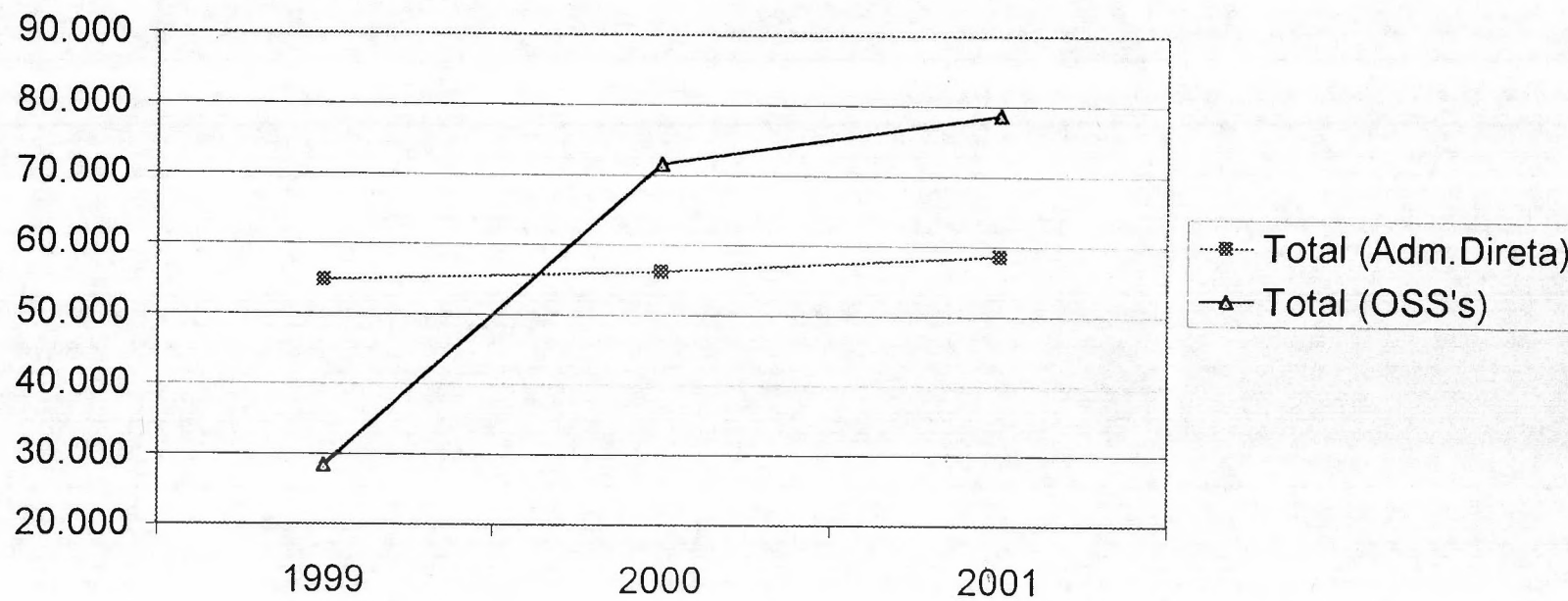
ANEXO B – DADOS DE PRODUÇÃO

Sistema de Informação Hospitalar- Quantidade Aprovada
Período: 1999 a 2001

UNIDADES	1999	2000	2001
HOSPITAL REGIONAL SUL	9.604	9.797	10.617
HOSPITAL REGIONAL DE OSASCO	8.411	8.179	7.291
HOSPITAL GERAL DE VILA PENTEADO	7.803	10.242	10.602
HOSPITAL GERAL DE TAIPAS	8.543	9.405	11.404
HOSPITAL GERAL DE SAO MATEUS	9.916	8.219	8.015
HOSPITAL GERAL DE GUAIANAZES	10.547	10.362	10.630
Total (Adm.Direta)	54.824	56.204	58.559
OSS HOSP DE ITAPECERICA DA SERRA	4.289	10.720	12.929
OSS HOSP PIRAJUSSARA	799	10.747	13.899
OSS HOSP CARAPICUIBA	2.165	10.464	11.936
OSS HOSP PEDREIRA	4.129	11.731	11.873
OSS HOSP ITAIM PAULISTA	8.481	16.228	15.689
OSS HOSP DO GRAJAU	8.450	11.675	12.329
Total (OSS's)	28.313	71.565	78.655

Fonte: SES - Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, 2002.

QUANTIDADE DE AIH'S APROVADAS NO PERÍODO 1999 a 2001



Fonte: SES - Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, 2002.

Sistema de Informação Ambulatorial - Quantidade Aprovada
Período: 1999 a 2001

Hospital	1999*	2000**	2001***	Total
03-46374500008926-OSS HOSP GERAL GUARULHOS	0	49.841	425.895	475.736
05-46374500013334-OSS HOSP DE ITAPECERICA DA SERRA	80.506	393.041	712.879	1.186.426
05-46374500013415-OSS HOSP DE PIRAJUSSARA	548.451	980.792	1.274.183	2.803.426
03-46374500013504-OSS STA MARCELINA ITAQUAQUECETUBA	0	42.995	330.215	373.210
02-46374500013687-SES HOSP ESTADUAL DE DIADEMA	0	0	421.009	421.009
12-46374500013768-SES HOSP ESTADUAL SUMARE	0	0	169.280	169.280
05-46374500013849-OSS HOSP SANT DE ITAPEVI	0	2.047	177.380	179.427
05-46374500013920-OSS HOSP SANT-CARAPICUIBA	331.654	760.164	919.783	2.011.601
01-46374500014063-OSS HOSP PEDREIRA AC STA CATARINA	296.419	710.218	1.203.774	2.210.411
01-46374500014144-OSS STA MARCELINA ITAIM PAULISTA	428.980	982.091	1.168.224	2.579.295
01-46374500014225-OSS HOSP DO GRAJAU	321.220	581.157	736.617	1.638.994
Total	2.007.230	4.502.346	7.539.239	14.048.815

Fonte: SES - Coordenadoria de Contratação de Serviço de Saúde, 2002.

* Hosp.Geral Carapicuíba,Grajaú,Itaim Ptª, Itap. Da Serra à partir de abril

* Hosp. Geral Pirajussara, à partir de Junho

** Hosp. Geral Itaquaquecetuba e Guarulhos à partir de setembro

** Hosp. Geral Guarulhos à partir de outubro

** Hosp. Geral Itapevi à partir de dezembro

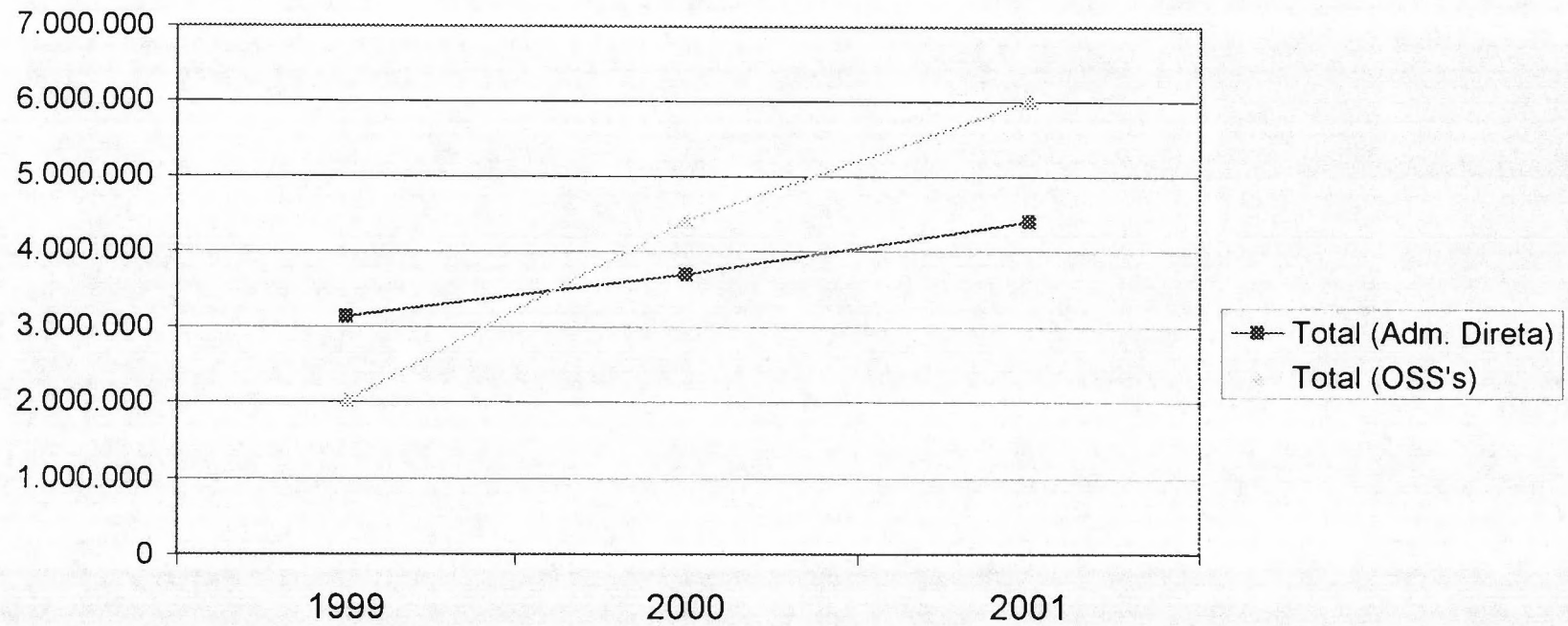
***Hosp. Estadual Sumaré e Diadema à partir de março

Sistema de Informação Ambulatorial - Quantidade Aprovada
Período: 1999 a 2001

UNIDADES	1999	2000	2001
HOSPITAL REGIONAL SUL	366.037	450.336	534.955
HOSPITAL REGIONAL DE OSASCO	405.129	659.976	854.848
HOSPITAL GERAL DE VILA PENTEADO	551.959	604.735	776.530
HOSPITAL GERAL DE TAIPAS	599.963	654.392	764.183
HOSPITAL GERAL DE SAO MATEUS	758.937	638.577	657.392
HOSPITAL GERAL DE GUAIANAZES	448.319	680.463	811.070
Total (Adm. Direta)	3.130.344	3.688.479	4.398.978
OSS HOSP DE ITAPECERICA DA SERRA	80.506	393.041	712.879
OSS HOSP PIRAJUSSARA	548.451	980.792	1.274.183
OSS HOSP CARAPICUIBA	331.654	760.164	919.783
OSS HOSP PEDREIRA	296.419	710.218	1.203.774
OSS HOSP ITAIM PAULISTA	428.980	982.091	1.168.224
OSS HOSP DO GRAJAU	321.220	581.157	736.617
Total (OSS's)	2.007.230	4.407.463	6.015.460

Fonte: SES - Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, 2002.

PRODUÇÃO AMBULATORIAL APROVADA NO PERÍODO 1999 a 2001



Fonte: SES - Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, 2002.

ANEXO C – CONTRATO DE GESTÃO

C O N T R A T O D E G E S T Ã O

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE
SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DA
SAÚDE, E O
(A)..... QUALIFICADO
COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA
REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES
E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO(A).....

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede nesta cidade na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Dr. José da Silva Guedes, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade R.G. nº 1.787.016, CPF nº 006.316.808-10, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o(a) com CNPJ/MF nº, inscrito no CREMESP sob nº, com endereço à Rua e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob nº, do Registro Civil de Pessoas Jurídicas de São Paulo, neste ato representada por seu Sr., R.G. nº, C.P.F. nº, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº 846/98, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no(a)..... cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

- 1- O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde no(a)....., em conformidade com o Anexo Técnico I- Prestação de Serviços, que integra este instrumento.
- 2- O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.
- 3- Fazem parte integrante deste **CONTRATO**:
 - a) O Anexo Técnico I – Prestação de Serviços/.....(tipo de serviços)
 - b) O Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento
 - c) O Anexo III- Formulários de Acompanhamento e Controle

CLÁUSULA SEGUNDA
OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à **CONTRATADA**, além das obrigações constantes das especificações técnicas (Anexos I e II) e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:

- 1- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I- Prestação de Serviços à população usuária do SUS- Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste contrato;
- 2- Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido, nos termos do artigo 8º, inciso IV, da Lei Complementar nº 846/98;
- 3- Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência e, para os residentes nesta capital do Estado de São Paulo, o registro da região da cidade onde residem (Centro, Leste, Oeste, Norte ou Sul);
- 4- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Complementar nº 846/98, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;
- 4.1- A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);
- 5- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;
- 6- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;
- 6.1- A permissão de uso, referida no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas no artigo 6º, §5º, combinado com o artigo 14, §4º, ambos da Lei Complementar nº 846/98;
- 7- Transferir, integralmente, à CONTRATANTE em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no(a)..... cujo uso lhe fora permitido;
- 8- Proceder às adaptações das normas do respectivo Estatuto ao disposto no artigo 3º, incisos I a IV, da Lei Complementar nº 846/98, observado o prazo previsto no art. 21, do mesmo diploma legal;
- 9- Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;
- 10- Instalar no(a), cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Cliente", devendo encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades;
- 11- Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados;

- 12- Em se tratando de serviço de hospitalização informar, diariamente, à CONTRATANTE, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS"(plantão controlador), bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o número de vagas existentes no dia;
- 13- Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "Organização Social de Saúde";
- 14- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;
- 15- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
- 16- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- 17- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- 18- Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- 19- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.
- 20- Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;
- 21- Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- 22- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- 23- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- 24- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
- 25- Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:
 - ❖ Comissão de Prontuário Médico;
 - ❖ Comissão de Óbitos;
 - ❖ Comissões de Ética Médica e de Controle de Infecção Hospitalar;
- 26- Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ALTA ", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
 - 1- Nome do paciente
 - 2- Nome da Unidades de atendimento
 - 3- Localização do Serviço/Hospital (enderêço, município ,estado)
 - 4- Motivo do atendimento (CID-10)
 - 5- Data de admissão e data da alta
 - 6- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso

26.1- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento:

" Esta conta será ser paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".

27- Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 25 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

28- Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, nas internações de crianças, adolescentes e idosos, com direito a alojamento e alimentação.

29- Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades hospitalares.

30- A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 20 (vinte) instituições de mesmo porte e semelhante complexidade dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado.

CLÁUSULA TERCEIRA **DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

- 1- Prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;
- 2- Programar no orçamento do Estado, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;
- 3- Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a edição de Decreto e celebração dos correspondentes termos de permissão de uso;
- 4- Inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;
- 5- Promover, mediante autorização governamental, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde;
- 6- Analisar, anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.

CLÁUSULA QUARTA **DA AVALIAÇÃO**

A Comissão de Avaliação constituída pelo Secretário de Estado da Saúde em conformidade com o disposto no § 3º do artigo 9º da Lei Complementar nº 846/98, procederá à verificação periódica do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado, encaminhando cópia à Assembléia Legislativa.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a **CONTRATADA**, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação referida nesta cláusula, deverá elaborar relatório anual conclusivo, sobre a avaliação do desempenho científico e tecnológico da **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário de Estado da Saúde para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

CLÁUSULA QUINTA **DO ACOMPANHAMENTO**

A execução do presente contrato de gestão será acompanhada pela Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, através do disposto neste Contrato e seus Anexos e dos instrumentos por ela definidos.

CLÁUSULA SEXTA **DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente Contrato será de 5 (cinco) anos, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exime a **CONTRATANTE** da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao da assinatura deste contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA **DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Pela prestação dos serviços objeto deste Contrato, especificados no ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico II, a importância global estimada de R\$ (.....)

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$ XXXXXXXX correspondente a este exercício financeiro, onerará a rubrica, no item, no exercício de 2002 destinado a custear o presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO SEGUNDO

O valor restante correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias, dos exercícios subsequentes.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA** poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social de Saúde e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

CLÁUSULA OITAVA **CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

No primeiro ano de vigência do presente contrato, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em de R\$ (.....), sendo que a transferência à **CONTRATADA** será efetivada mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais correspondendo cada uma a um valor fixo, e 03(tres) parcelas referentes a uma parcela de valor variável,apurado na forma disposta no Anexo Técnico II -Sistema de Pagamento, que integra o presente **CONTRATO**.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As parcelas mensais referentes à parte fixa dos recursos, serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mes.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As parcelas de valor variável serão pagas até o 5º (quinto) dia útil dos meses de Maio, Agosto e Novembro após análise dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico II do Sistema de Pagamento.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os indicadores do último trimestre do ano serão avaliados juntamente com o primeiro trimestre do ano seguinte.

CLÁUSULA NONA **DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser anualmente alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterà a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA **DA RESCISÃO**

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação do decreto de permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º do artigo 79 da Lei federal nº 8.666/93.



PARÁGRAFO SEGUNDO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, o Estado de São Paulo arcará com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

PARÁGRAFO QUARTO

A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA DAS PENALIDADES

A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 Lei federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

PARÁGRAFO TERCEIRO

Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA
DISPOSIÇÕES FINAIS

1- É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

2- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

3- Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de reti-ratificação ao presente contrato.

4- A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA
DA PUBLICAÇÃO

O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA
DO FORO

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

..... de de

CONTRATADA

JOSÉ DA SILVA GUEDES
Secretário de Estado da Saúde

Testemunhas:

1) _____
Nome:
R.G.:

2) _____
Nome:
R.G.:

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A CONTRATADA atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas.

O Serviço de Admissão da CONTRATADA solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

A CONTRATADA fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a CONTRATADA, em decorrência da assinatura deste contrato de gestão, presta serviços de assistência à saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela CONTRATADA serão efetuados através dos dados registrados no SIH- Sistema de Informações Hospitalares, no SIA- Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela CONTRATANTE.

1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

1.1. No processo de hospitalização, estão incluídos:

- ♦ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- ♦ Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- ♦ Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS- Sistema Único de Saúde;
- ♦ Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- ♦ Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- ♦ Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- ♦ Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- ♦ O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;

- ♦ Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS- Sistema Único de Saúde);
- ♦ Diárias nas UTI- Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- ♦ Sangue e hemoderivados
- ♦ Fornecimento de roupas hospitalares
- ♦ Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do

2. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

2.1 Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, seja de forma espontânea ou encaminhadas de forma referenciada.

a. Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

b. Sendo o hospital do tipo "portas fechadas" , o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

2.2 Se a assistência prestada em regime de urgência der origem à internação do paciente, não se registrará como um atendimento de urgência e sim , como um atendimento hospitalar.

2.3 Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação"(leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

- ♦ Primeira consulta
- ♦ Consultas subsequentes (retornos)
- ♦ Cirurgias Ambulatoriais

3.1 Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente a um profissional de determinada especialidade, no período de um ano, por uma determinada patologia. As demais consultas deste paciente (retornos) são consideradas consultas subsequentes.

3.2 Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc..., os mesmos devem ser registrados como consultas subsequentes.

3.3 Será considerada intervenção cirúrgica ambulatorial aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas cirúrgicas do hospital que não requeiram hospitalização e neles estão incluídos todos os procedimentos que seja necessário realizar dentro do período de 15 dias subsequentes à intervenção cirúrgica propriamente dita.

4. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o hospital se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro do hospital e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

II - ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

1. Internação hospitalar

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares anual de, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

ÁREAS DE INTERNAÇÃO	Nº DE SAÍDAS 1º SEMESTRE	Nº DE SAÍDAS 2º SEMESTRE
Clínica Médica		
Clínica Cirúrgica		
Obstetrícia		
Pediatria		
Psiquiatria		

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES MENSAIS ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

1. Altas Hospitalares

O Hospital informará o número mensal de saídas que realiza, agrupadas por clínicas, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES:

Hospitalização	Total Saídas	Óbitos	Pacientes- dia	Leitos Operacionais
Clínica Médica				
Clínica Cirúrgica				
Obstetrícia				
Pediatria				
Psiquiatria				
UTI				

2. Atividade Cirúrgica

O Hospital informará, mensalmente, a atividade cirúrgica que realiza, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES:

Atividade Cirúrgica	Eletiva	Urgente	Média de salas cirúrgicas operacionais / dia
Hospitalar			
Ambulatorial			

3. Atendimento Ambulatorial

O Hospital informará, mensalmente, a atividade ambulatorial que realiza, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES:

Número de 1ª consultas	
Número de Consultas subsequentes	

4. Atendimento de Urgência/Emergência

O Hospital informará, mensalmente, a atividade relativa ao atendimento às urgências e emergências que realiza, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES, indicando quantos pacientes desse total foram internados no próprio hospital e quantos não o foram.

Urgências e Emergências	Nº pacientes internados	Nº pacientes não internados	Óbitos no PS , <48 horas

5. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

O Hospital informará, mensalmente, a atividade relativa aos exames de apoio diagnóstico que realiza, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES. O registro dessa atividade refere-se a pacientes do próprio hospital e, também, àqueles pacientes provenientes do SUS para a realização da atividade em questão (pacientes externos) e segundo os fluxos assistenciais definidos pela SES:

EXAMES		Nº de exames	
		Pacientes do hospital	Pacientes Externos
TIPO	GRUPO		
Patologia Clínica	M1 11		
	M2 11		
	M3 11		
Papanicolaou	M1 12		
Raios X	M1 13		
	M2 13		
	M3 13		
Ultrassonografia	M1 14		
	M2 14		
	M3 14		
Mix	M2 17		
	M3 17		
Patologia Clínica	APAC 11		
Radiodiagnóstico	APAC 13		
Ressonância Magnética	APAC 31		
Medicina Nuclear-In Vivo	APAC 32		
Tomografia Computadorizada	APAC 35		

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A CONTRATADA atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde , oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas.

O Serviço de Admissão da CONTRATADA solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no Sistema, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela CONTRATANTE.

1. ASSISTÊNCIA
2. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

II - ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

ANEXO TÉCNICO REFERENTE À CLÁUSULA 1ª DO CONTRATO DE GESTÃO - SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se em 04 modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I- Prestação de Serviços, a saber:

- ◆ Atendimento Hospitalar (internação)
- ◆ Atendimento Ambulatorial
- ◆ Atendimento de Urgências
- ◆ Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT

1.1 As 4 modalidades de atividade assistencial acima relacionadas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários do hospital.

2. Além das atividades de rotina, o hospital poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da CONTRATANTE, conforme especificado no item 4 do ANEXO TÉCNICO I- Prestação de Serviços, respeitadas as limitações previstas em lei.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro global do hospital, estimado em R\$(.....), compõe-se da seguinte forma:

3.1 Para os hospitais que possuem todas as linhas de atividade assistencial, ou seja, Internação, Ambulatório, Atendimento às Urgências e Emergências e realização de SADT para pacientes externos:

- ◆ 62% (sessenta e dois por cento) do valor, R\$.....(.....), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento hospitalar (internação);
- ◆ 10% (dez por cento) do valor, R\$..... (.....), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento ambulatorial;
- ◆ 20% (vinte por cento) do valor, R\$.....(.....) corresponde ao custeio das despesas com o atendimento de urgências e,
- ◆ 8% (oito por cento) do valor, R\$.....(.....) corresponde ao custeio das despesas com a execução dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico- SADT.

3.2 Para os hospitais que possuem as linhas de atividade assistencial de Internação, Atendimento às Urgências e Emergências, realização de SADT para pacientes externos, mas não possuem Ambulatório:

- ◆ 61% (sessenta e um por cento) do valor, R\$.....(.....), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento hospitalar (internação);
- ◆ 27% (vinte e sete por cento) do valor, R\$.....(.....) corresponde ao custeio das despesas com o atendimento de urgências e,

- ♦ 12% (doze por cento) do valor, R\$. (.....) corresponde ao custeio das despesas com a execução dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico- SADT.
- 4. Os pagamentos à CONTRATADA dar-se-ão na seguinte conformidade:
 - 4.1 90% (noventa por cento) do valor global será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de R\$. (....);
 - 4.2 10% (dez por cento) do valor global será repassado em 03 (tres) parcelas, com valor estimativo de R\$. (.....), vinculado à avaliação dos indicadores e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido mais adiante neste documento, a serem pagas nos meses de maio, agosto e novembro.
- 5. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a CONTRATADA no ANEXO TÉCNICO I- Prestação de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 6 (seis), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo hospital.
 - 5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH's- Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela CONTRATANTE.
 - 5.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade e movimentação de recursos econômicos e financeiros serão encaminhadas via Internet, através de site disponibilizado pela CONTRATANTE e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos .
 - 5.3. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessários à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo hospital e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.
- 6. A CONTRATANTE procederá à análise mensal dos dados enviados pela CONTRATADA para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do Contrato de Gestão.
- 7. A cada período de 03 (tres) meses, a CONTRATANTE procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 4 deste documento.
- 8. Nos meses de Julho e Dezembro, a CONTRATANTE procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela CONTRATADA, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.
- 9. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma re-pactuação das quantidades de atividade assistencial ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, na forma e limites estabelecidos em lei.
- 10. A análise referida no item 08 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais

incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

- 10.1. Os Termos Aditivos que venham a ser firmados, sejam estes para adição ou supressão nas quantidades de atividade assistencial pactuadas, serão estabelecidos na conformidade e nos limites do que dispõe a legislação que regula a matéria.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DAS ATIVIDADES ROTINEIRAS CONTRATADAS

- a) 12 (doze) parcelas mensais de valor fixo, correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento econômico estabelecido.
- b) 03 (tres) parcelas trimestrais de valor variável, com base nos seguintes indicadores:

INDICADOR	DESCRIÇÃO	AVALIAÇÃO	VALORAÇÃO

- c) Os valores percentuais apontados para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 deste documento.

II.2 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

- Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados, serão efetuados nos mesmos períodos de avaliação, a saber, Julho e Dezembro.
- A avaliação e análise referidas no item 08 deste documento será efetuada conforme explicitado na tabela abaixo. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial no ANEXO TÉCNICO I- Prestação de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à CONTRATADA, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 deste documento.

HOSPITAL " PORTAS FECHADAS" e HOSPITAL " PORTAS ABERTAS"		
ATIVIDADE REALIZADA		VALOR A PAGAR
INTERNAÇÃO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
AMBULATÓRIO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)
SADT	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)

HOSPITAL " PORTAS FECHADAS"			HOSPITAL " PORTAS ABERTAS"		
ATIVIDADE REALIZADA		VALOR A PAGAR	ATIVIDADE REALIZADA		VALOR A PAGAR
URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.	URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	Até 10% acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.		Entre 11% e 25% acima do volume c ontratado	De 11% a 25% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital(R\$)
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)		Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)		Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)
				Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)

ANEXO TÉCNICO REFERENTE À CLÁUSULA 1ª DO CONTRATO DE GESTÃO - SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se em modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I- Prestação de Serviços, a saber:
 -
- 1.1 As modalidades de atividade assistencial acima relacionadas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários do
2. Além das atividades de rotina, o poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da CONTRATANTE, conforme especificado no item 2 do ANEXO TÉCNICO I- Prestação de Serviços, respeitadas as limitações previstas em lei.
- ♦
3. Os pagamentos à CONTRATADA dar-se-ão na seguinte conformidade:
 - 3.1 90% (noventa por cento) do valor global será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de R\$...(....);
 - 3.2 10% (dez por cento) do valor global será repassado em 03 (tres) parcelas, com valor estimativo de R\$.....(.....), vinculado à avaliação dos indicadores e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido mais adiante neste documento, a serem pagas nos meses de maio, agosto e novembro.
4. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a CONTRATADA no ANEXO TÉCNICO I- Prestação de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas.
5. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através do registros no Sistema..... de acordo com normas e prazos estabelecidos pela CONTRATANTE.
 - 5.1 As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade e movimentação de recursos econômicos e financeiros serão encaminhadas via Internet, através de site disponibilizado pela CONTRATANTE e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos .
 - 5.2. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessários à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo hospital e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.
6. A CONTRATANTE procederá à análise mensal dos dados enviados pela CONTRATADA para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do Contrato de Gestão.

7. A cada período de 03 (tres) meses, a CONTRATANTE procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 4 deste documento.
8. Nos meses de Julho e Dezembro, a CONTRATANTE procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela CONTRATADA, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.
9. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma re-pactuação das quantidades de atividade assistencial ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, na forma e limites estabelecidos em lei.
10. A análise referida no item 08 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades desenvolvidas, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.
- 10.1. Os Termos Aditivos que venham a ser firmados, sejam estes para adição ou supressão nas quantidades de atividade assistencial pactuadas, serão estabelecidos na conformidade e nos limites do que dispõe a legislação que regula a matéria.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DAS ATIVIDADES ROTINEIRAS CONTRATADAS

- a) 12 (doze) parcelas mensais de valor fixo, correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento econômico estabelecido.
- b) 03 (tres) parcelas trimestrais de valor variável, com base nos seguintes indicadores:

INDICADOR	DESCRIÇÃO	AVALIAÇÃO	VALORAÇÃO

- c) Os valores percentuais apontados para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 deste documento.

II.2 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados, serão efetuados nos mesmos períodos de avaliação, a saber, Julho e Dezembro.

2. A avaliação e análise referidas no item 08 deste documento será efetuada conforme explicitado na tabela abaixo. Os desvios serão analisados em relação às quantidades contratadas de atividade assistencial especificadas no ANEXO TÉCNICO I- Prestação de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à CONTRATADA.

ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Acima do volume contratado	100% do orçamento (R\$)
Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do orçamento (R\$)
Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X orçamento (R\$)
Menos que 70% do volume contratado	70% X orçamento (R\$)