

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO**

SALLI BAGGENSTOSS

**A INTERMEDIÇÃO NA SAÚDE:
AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E SUAS CONFIGURAÇÕES**

**SÃO CARLOS
2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO**

SALLI BAGGENSTOSS

**A INTERMEDIÇÃO NA SAÚDE:
AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E SUAS CONFIGURAÇÕES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutorado em Engenharia de Produção.

Orientador: Dr. Júlio César Donadone

**SÃO CARLOS
2013**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

B144is Baggenstoss, Salli.
A intermediação na saúde : as organizações sociais e
suas configurações / Salli Baggenstoss. -- São Carlos :
UFSCar, 2014.
191 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos,
2013.

1. Teoria da organização. 2. Instituições de saúde. 3.
Governo. 4. Contrato de gestão. 5. Intermediários. I. Título.

CDD: 658.001 (20^a)

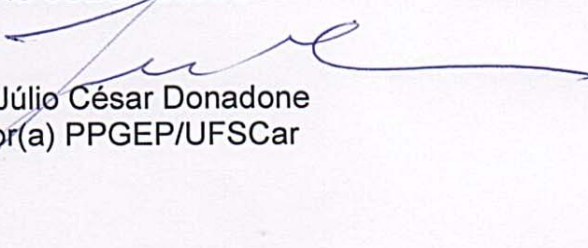


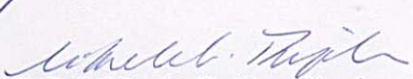
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
Rod. Washington Luís, Km. 235 - CEP. 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fone/Fax: (016) 3351-8236 / 3351-8237 / 3351-8238 (ramal: 232)
Email : ppgep@dep.ufscar.br

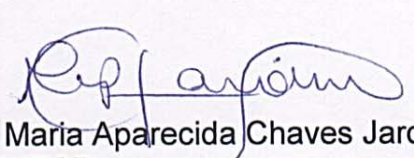
FOLHA DE APROVAÇÃO

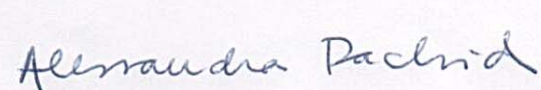
Aluno(a): Salli Baggenstoss

TESE DE DOUTORADO DEFENDIDA E APROVADA EM 21/11/2013 PELA
COMISSÃO JULGADORA:

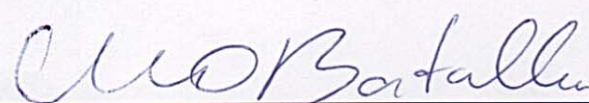

Prof. Dr. Júlio César Donadone
Orientador(a) PPGE/UFSCar


Profª Drª Cibele Saliba Rizek
EESC/USP


Profª Drª Maria Aparecida Chaves Jardim
FCLAR/UNESP


Profª Drª Alessandra Rachid
PPGE/UFSCar


Profª Drª Patrícia Saltorato
CAS/UFSCar


Prof. Dr. Mário Otávio Batalha
Coordenador do PPGE/UFSCar

*A meu irmão
Saudades!*

AGRADECIMENTOS

Em mais uma etapa finalizada, expresso minha gratidão a muitos que, de inúmeras formas, estiveram presentes neste período. Como disse o poeta “Navegar é preciso”, e certamente as presenças destas pessoas tornaram o percurso muito mais interessante, agradável, venturoso!

Inicialmente, meu reconhecimento ao orientador Júlio Cesar Donadone. Foram vários anos de parceria e compreensão, muitas situações conduzidas sabiamente e resultam em minha crescente admiração. Grata por tudo!

Agradeço aos professores do Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção da UFSCar pela presença, conhecimento, indicações e cafezinhos gentilmente compartilhados.

Meu reconhecimento ao pessoal do NESEFI, com o qual compartilhei dúvidas, do qual recebi recomendações, participei de eventos e outras experiências que me revelaram o verdadeiro papel de um grupo de pesquisa. Sucesso a todos!

Agradeço ao pessoal da secretaria da pós pelos serviços sempre eficientes e objetivos quando necessários.

Pessoas que, durante a pesquisa, contribuíram de distintas maneiras para sua elaboração. Padre Niversindo Cherubin, Alice Santos, Nacime Mansur, Bresser Pereira, Cid Cavalhaes, entre outros que prestaram informações e tiveram disposição em auxiliar. Muito obrigada!

As idas e vindas de São Carlos foram facilitadas pelo apoio da CAPES e pelo afastamento possibilitado pela UNEMAT. A qualificação também requer apoio financeiro, pelo qual agradeço.

Um fraterno agradecimento também aos professores da UNEMAT, especialmente do departamento de Administração, pelas conversas, questionamentos e apoio neste percurso.

Aos amigos que partilharam comigo esta fase! Alguns, por entenderem minha ausência, ou pelas longas conversas nos botequins da vida, ou pela paciência nas idas e vindas, pela recepção em suas casas, pelos emails, recados... Enfim, a todos os amigos que torceram por esta etapa em minha vida! Agradeço a Deus por nossa amizade!

A minha família, por tudo que passamos minha eterna gratidão e orgulho! Breno e Wesley, a alegria contagiante de ser criança! Sandro, obrigada por fazer parte da minha caminhada!

RESUMO

No universo organizacional mudanças estratégicas se fazem necessárias e geram repercussões. Uma parte considerável dos hospitais paulistas é administrada por entidades que recebem a qualificação de organizações sociais e são escolhidas pelo governo. A questão central desta pesquisa relaciona-se com a (re) configuração no hospital causada pelas novas estratégias de gerenciamento provindas da intermediação na saúde entre o Estado e as Organizações Sociais de Saúde para a gestão hospitalar. Compreender as mudanças ocorridas neste espaço: quem faz sua ocupação, relacionam-se com quem, quais as repercussões, as forças opositoras. Para tanto, adotou-se abordagem qualitativa envolvendo pesquisa de campo e também pesquisa bibliográfica direcionada ao tema das organizações sociais, sua origem e emprego no Brasil, os questionamentos envolvidos e movimentação contrária a sua utilização. Também foi observada a lei em São Paulo e o Contrato de Gestão, principal ferramenta a disposição que detalha tipos e números de atendimentos, valores, indicadores de qualidade, entre outros. A metodologia utilizada comportou responder indagações postas através da pesquisa de campo junto aos hospitais e respectivas entidades gerenciadoras no estado e município, envolvendo também hospitais da administração direta para eventuais comparações. Os dados resultantes da investigação evidenciaram que as entidades qualificadas atuavam anteriormente na saúde, pré-requisito que lhes daria suporte para atender as especificações do contrato de gestão. Dentre as constatações, observou-se que a criação da lei complementar obteve auxílio de agentes que compõem diretorias das organizações sociais. A escolha das entidades é indicativa: opção delas em se inscrever para gerir o hospital (feito por edital de convocação), e opção do secretário da saúde (estadual ou municipal) em escolher qual das candidatas (quando há mais de uma) é a mais adequada para a gestão. Devido a uma força opositora composta principalmente por sanitaristas, conselhos e sindicatos da saúde, a busca por legitimidade ocorre por eventos promovidos pelas entidades, por discursos unívocos, por publicações que ressaltam aspectos como números e índices favoráveis. Outro item observado é a distribuição dos hospitais e a região em que as organizações sociais atuam, revelando a ocupação territorial na saúde por estas entidades. A gestão na saúde diferencia-se nos hospitais de administração indireta pela concretização de estratégias gerenciais, muitas das quais também são disponibilizadas aos hospitais da administração direta pelo próprio governo, o que reforça o papel de intermediação que a pesquisa propõe.

Palavras-chave: Organizações sociais, Saúde, Governo, Contrato de gestão, Intermediários.

ABSTRACT

In the organizational universe strategic changes are necessary and generate repercussions. A considerable part of the state hospitals in São Paulo is management by charities that receive the qualification from social organizations and are chosen by government. The main question about this research relates to the (re) adjust at the hospital caused by new strategies of management that comes through health between the State and the Social Organization of Health for hospital management. Understand that the changes occurred in this space: who makes their occupation, it relates, themselves with whom, what are the repercussions, the opposed strength, et cetera. For this way, it has adopted a qualitative approach involving field research and also bibliography research pointed to the subject of the social organizations, its origin and uses in Brazil, the involved questions and the opposed movements to its use. It also was specified the law in São Paulo and the Management Contract, main tool at its disposal that detail kinds and numbers of treatments, values, quality indicators, among others. The used methodology behaved answer inquiries put through the field research together the hospitals and respective manager charities in the State and Municipality, involving also hospital about direct administration for possible comparisons. The resulted data of the research indicated that the qualified charities acted before in health, previous requirement that would give support to attend the specification from de manager contract. Among the findings, it noticed that the creation of the supplemental law got help from agents that make up the social organizations. The choice of the charities is indicated: it is their option to enroll in run the hospital (made by official announcement), and it is the Secretary of Health's option in choosing which applicant (when there are more than one) is the most indicated for the management. Due to a strength oppose consisted specially by people that work for health, advisors and health's union, in search for legitimate occur to events promoted by charities, by unison speech, by publication that point aspects out like numbers and favorable table of contents. Another item noticed is the distribution of the hospitals and the region where the social organizations act, showing the territorial occupation in health by these charities. The managed health differs in hospitals from direct administration by permanent management strategies, a lot of which also available to the hospitals from direct administration offered by own government, which reinforces the role of intermediaries that research suggests.

Keys - words: Social Organizations, Health, Government, Management Contract, Intermediaries.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABTLuS - Associação Brasileira de Tecnologia de Luz Síncrotron
ACERP - Associação de Comunicação Educativa Roquette Pinto
ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade
AME - Ambulatório Médico de Especialidade
AMPASA - Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
APM - Associação Paulista de Medicina
BSC - *Balanced Scorecard*
CBO - Classificação Brasileira de Ocupação
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim
CES - Conselho Estadual de Saúde
CFM - Conselho Federal de Medicina
CGCSS - Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
CLT - Consolidação das Leis de Trabalho
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito
CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DATASUS - Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
FAEPA - Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
FAMESP - Fundação de Desenvolvimento Médico-Hospitalar de São Paulo
FCMSCSP - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
HCFMRPUSP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP
HSPM - Hospital do Servidor Público Municipal
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEPAC- Instituto de Ensino e Pesquisa Armênio Crestana
IQG - Instituto Qualisa de Gestão
IRSSL - Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês
ISO - *International Organization for Standardization*

MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
NDPB - *Non-Departmental Public Bodies*
NPM - *New Public Management*
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONA - Organização Nacional de Acreditação
OS - Organização Social
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSEC - Organização Santamarense de Educação e Cultura
OSS - Organização Social da Saúde
PDCA - *Plan, Do, Check, Act*
QUALIS - Qualidade em Saúde
QUANGO - *Quasi-Autonomous Non-Governmental Organization*
RH - Recursos Humanos
SAC - Serviço de Atenção ao Cliente
SADT - Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapêutico
SECONCI - Serviço Social da Construção Civil
SEGES - Secretaria de Gestão
SES - Secretaria de Estado da Saúde
SIMESP - Sindicato dos Médicos de São Paulo
SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS - Sistema Único de Saúde
TST- Tribunal Superior do Trabalho
UNESP - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo
USP - Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1.1.1 - Diferenças entre <i>New Public Management</i> e Governança.....	19
Quadro 2.1.1 - Descrição de Serviços do Contrato de Gestão	58
Quadro 2.1.2 - Número de internações versus percentuais a serem pagos	59
Quadro 2.1.3 - Exemplos dos Indicadores no Contrato de Gestão	60
Quadro 3.1 - Organizações Sociais com Contrato de Gestão acompanhadas pela SEGES.....	63
Quadro 3.2 – Relação das OSS, data de qualificação e seus hospitais geridos	66
Quadro 3.3 - Hospitais de parâmetro à pesquisa	69
Figura 3.1.1 - Dados do Profissional junto ao CNES	73
Quadro 4.1 – Avaliação dos hospitais geridos pela Associação Santa Marcelina	79
Quadro 4.2 – Dados suplementares dos hospitais geridos pela Associação Santa Marcelina	80
Quadro 4.3 - Avaliação dos hospitais geridos por Lar São Francisco.....	82
Quadro 4.4 – Dados suplementares dos hospitais geridos por Lar São Francisco.....	82
Quadro 4.5 - Avaliação dos hospitais geridos pela SPDM.....	86
Quadro 4.6 – Dados suplementares dos hospitais geridos pela SPDM.....	86
Quadro 4.7 - Avaliação dos hospitais geridos por Cruzada São Camilo.....	89
Quadro 4.8 – Dados suplementares dos hospitais geridos pela Cruzada São Camilo.....	89
Quadro 4.9 - Dados suplementares do hospital gerido pela FAEPA	91
Quadro 4.10 - Dados suplementares do hospital gerido pela Fundação do ABC.....	93
Quadro 4.11 - Avaliação do Hospital Mário Covas gerido pela Fundação do ABC	94
Quadro 4.12 - Dados suplementares do hospital gerido pela FAMESP.....	95
Quadro 4.13 - Dados suplementares do hospital gerido por IRSSL.....	97
Quadro 4.14 - Avaliação do Hospital Geral do Grajaú gerido por IRSSL	97
Quadro 4.15 - Dados suplementares dos hospitais geridos pela Santa Casa de SP.....	100
Quadro 4.16 - Avaliação dos hospitais geridos pela Santa Casa de SP.	101
Quadro 4.17 - Avaliação dos hospitais geridos pelo SECONCI.....	103
Quadro 4.18 - Dados suplementares dos hospitais geridos pelo SECONCI	104
Quadro 4.19 - Dados suplementares do hospital gerido pela CEJAM.....	105
Quadro 5.4.1 - Modelo de Cadastro no CNES.....	126
Figura 6.1 - Distribuição das OSS na região metropolitana de São Paulo.....	151
Figura 6.2 - Crescimento do atendimento da SPDM	152

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1 RECONHECIMENTO DO ESPAÇO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	15
1.1 A dinâmica do Estado e as transformações junto à sociedade	18
1.2 O outro setor envolvido: o Terceiro Setor	21
1.2.1 <i>Quangos</i> e suas questões	23
1.3 A dinâmica do Estado Brasileiro	29
1.4 A reforma e o movimento pela saúde pública	34
1.5 Questionamentos envolvendo as Organizações Sociais	38
1.6 A repercussão em pesquisas	47
2 IMERSÃO NA LEI COMPLEMENTAR Nº 846/98.....	53
2.1 O Contrato de Gestão	56
3 ESCLARECIMENTOS DE PREFERÊNCIAS, MOTIVAÇÕES E ESCOLHAS	61
3.1 Uma perspectiva metodológica	69
4. DESENHO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E OS HOSPITAIS MANTIDOS.....	75
Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina	76
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus.....	80
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM	83
Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico Social	86
Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência HCFMRPUSP - FAEPA	90
Fundação do ABC	91
Fundação de Desenvolvimento Médico e Hospitalar - FAMESP	94
Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês	96
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	98
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo - SECONCI.....	101
Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM.....	104

5 DISCUSSÕES E DIRECIONAMENTOS	107
5.1 A escolha	107
5.2 A coadjuvante essencial.....	111
5.3 Os contratos de gestão e a fiscalização.....	114
5.4 As mantenedoras	125
5.5 Os mantidos	131
5.6 A gestão hospitalar nas unidades mantidas	136
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157
ANEXO A - DIÁRIO OFICIAL A RESPEITO DA TRANSIÇÃO DE GESTÃO	171
ANEXO B - CORRESPONDÊNCIA DO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA.....	172
ANEXO C – CONVOCAÇÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	177
APÊNDICE A – DISTRIBUIÇÃO DAS OSS NO ESTADO DE SÃO PAULO.....	191

APRESENTAÇÃO

As pessoas entram e saem de hospitais com preocupações que passam distante de saber como é a contratação dos profissionais que as atendem, se são concursados ou contratados via direta, se lhes é disponível capacitação periodicamente, se os materiais utilizados nos procedimentos advêm de licitações ou adquiridos por tomada de preço, ou mesmo em saber qual a procedência dos profissionais que ali atuam ou ainda por que determinada entidade é responsável pelo gerenciamento daquele hospital. Pode ser assim mesmo, porque o cidadão está no hospital com preocupações que não deve, naquele momento, lhe ser motivo de apreensão. Porém, em outras ocasiões, tais circunstâncias fazem parte da vida do cidadão e para a qual esta pesquisa se dispõe a contribuir.

Ao promover mudanças na gestão governamental que buscava parcerias com a sociedade, as autoridades promulgaram, em 1998, a Lei nº 9.637 (lei intitulada como das Organizações Sociais - OS¹) cientes, por exemplo, de que em outros países entidades similares às qualificadas eram responsáveis pelo gerenciamento de hospitais (como no Reino Unido). Utilizar-se de organizações intermediárias para execução de serviços que lhe são inerentes não se trata de novidade na saúde pública, assim como em diversos outros setores públicos e privados. Há exemplos de atuação de intermediários no mercado de trabalho, no setor automobilístico, no ramo energético (produção e distribuição), no setor bancário, entre outros. Constata-se ser uma alternativa de gestão que é empreendida na iniciativa privada e também na pública, como uma evolução na gestão por meio de arranjos organizacionais.

Na esfera federal, a Lei nº 9.637 ficou restrita a algumas entidades, mas repercutiu em estados como Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo. No estado paulista, ainda no mesmo ano foi criada a Lei Complementar nº 846, que qualificava como organizações sociais da saúde e da cultura entidades privadas sem fins lucrativos. Assim, desde 1998, cresce o número de hospitais paulistas geridos por Organizações Sociais da Saúde (OSS). Em 2012, o valor repassado a essas entidades correspondia a aproximadamente 24% do orçamento estadual da saúde, o que inicialmente correspondia a pouco acima de 10%.

Entre os dias 14/04/2011 e 21/04/2011 foram repassados aos municípios do estado de São Paulo R\$ 63 milhões pelo Ministério da Saúde. Assim é feito semanalmente,

¹ A sigla OS será apresentada por referir-se às Organizações Sociais de forma ampla, como na educação, saúde, meio ambiente, etc. Na sequência, em especial após o capítulo II, será utilizado OSS devido à área fim da pesquisa, a saúde.

repassado valores a serem utilizados em áreas da saúde classificadas como “Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do Sistema Único de Saúde e Investimento”². Em 2011, a Secretaria de Saúde de São Paulo dispunha em seu orçamento anual de R\$ 4,6 bilhões³ do Ministério da Saúde para aplicação em programas na área. Somado ao orçamento estadual, parte do montante disponível à saúde não foi utilizada diretamente pela secretaria estadual ou transferida a um município e sim repassada a uma das Organizações Sociais da Saúde qualificadas. Apesar disso, o valor foi aplicado na saúde, através da gestão de suas unidades e atendimento de hospitais gerais, por exemplo.

Pareceria entre Estado e a sociedade reflete transformações sociais, políticas e econômicas. No Brasil, entre outros casos, também transparecem por uma agenda que repercutiu na Constituição de 1988 com a criação do Sistema Único da Saúde (SUS). Mais ainda, com incentivos à descentralização no intuito de promover mais autonomia e agilidade, desburocratização com vistas à eficiência e efetividade, e democratização através de mecanismos que assegurassem maior transparência e controle social sobre a gestão pública (FERRAREZI, 2007). Com a descentralização, abriram-se portas para participação da sociedade no processo de gestão estatal, em novas configurações como as parcerias.

Passaram-se pouco menos de 15 anos da publicação da Lei das OS e a lei federal continua a ser replicada em leis estaduais e municipais com inúmeras entidades qualificadas, exercendo atividades de interesse público Brasil afora, sugerindo isomorfismo nos entes federados. Por vezes, recebendo verbas públicas através de contratos de gestão para realizarem ações consideradas relevantes, se não de função do próprio governo. Os serviços prestados podem ser nas áreas da cultura e lazer, mas também na área da saúde (então como OSS) e educação. As entidades, que já atuavam no Terceiro Setor, escolhem por buscar a qualificação de Organização Social junto ao governo. Isso as torna aptas a receberem orçamento público, contudo, o governo não carece obrigatoriamente investir nelas.

Surge, então, o questionamento do que de fato modifica-se, altera-se com a atuação de uma entidade qualificada no ambiente - *locus*, o hospital - que o governo conduzia anteriormente. Um Contrato de Gestão e uma Organização Social no gerenciamento de um espaço de prestação de serviço público que seguia preceitos de administração pública: o que se altera com a intermediação? Para obter a resposta, torna-se imperativo desvendar os

² Informações específicas podem ser adquiridas no Portal da Saúde (www.saude.gov.br), mantido pelo Ministério da Saúde.

³ Lei Orçamentária de São Paulo/2011.

desenhos, as configurações destas organizações. A interpretação assumida para estudo das configurações das OSS envolve desenhar a dinâmica que gerou o cenário e compreender que mudanças ocorreram no espaço social considerado. Além disso, identificar os agentes e instituições envolvidos, suas estratégias de ação, reconhecer quais as elites que se relacionam e como participaram das transformações e, também, se ainda interferem são alguns dos propósitos da investigação.

O estudo tem o objetivo, portanto, de contribuir na compreensão do processo da estruturação organizacional deste espaço, compreendendo como tais organizações são formadas, quais são os agentes que as compõem, quais as suas interações, em quais espaços atuam, quais são seus principais interlocutores e resistências.

Ainda, justifica-se o estudo para entendimento das parcerias entre Estado e sociedade, a interação e características desse espaço a ser estudado e suas contribuições, como na avaliação das políticas públicas, em especial as direcionadas ao Terceiro Setor e à saúde - escopo da pesquisa. O foco na área da saúde através de OS incide por necessidade de delimitar um espaço a ser estudado, devido à amplitude das áreas de atuações das organizações. Apresenta-se ainda a óbvia relevância que a saúde possui, sendo a “menina dos olhos” para o setor político e a mídia e fonte de muitas inquietações para a sociedade.

O primeiro e segundo capítulos da tese se propõem a apresentar a gênese da lei que qualifica entidades como organizações sociais, diferenciar de outras organizações que tem finalidades similares, explanação de aspectos e agentes envolvidos, enfim, especificar de forma que seja compreensível a abordagem dada ao tema nesta pesquisa.

As movimentações do Estado em relação à sociedade, que demonstrava desejo em participar do governo para não ‘apenas receber’, mas também ajudar a formar, compor, discutir, enfim, planejar as ações governamentais. Por esse caminho, no Capítulo I foram abordados tópicos sobre o Terceiro Setor, as entidades do Reino Unido que serviram como modelo de organizações que serviram de inspiração à criação das organizações sociais (*Quangos - Quasi-Autonomous Non-Governmental Organizations*), a reforma governamental brasileira - que precede a criação da Lei nº 9.637 -, a lei e a movimentação política envolvida. Ainda no capítulo, o movimento sanitarista que carregou a bandeira da saúde pública e as manifestações questionando a publicação da lei. Para finalizar, uma sinopse das escrituras que envolvem o tema, o que foi anteriormente explanado demonstrando as lacunas para qual a pesquisa foi direcionada.

No segundo capítulo, o objetivo é esboçar a lei e o contrato de gestão na perspectiva de compreender direitos e deveres, possibilidades e limitações. Nas explanações,

fez-se uso principal da Lei Complementar 846/98 (do estado de São Paulo) devido ao número de organizações qualificadas pelo estado. Todavia, sempre que necessário houve referimento às leis federal e municipal, igualmente envolvidas na pesquisa. Na leitura do capítulo, torna-se perceptível a similaridade entre as leis.

Preenchida a etapa de assimilação sobre o assunto, tem-se o terceiro capítulo com a intenção de descrever os passos metodológicos efetuados pela pesquisadora. A opção de fazê-lo de tal modo justifica-se por se entender necessária, inicialmente, a imersão e reconhecimento das organizações sociais para entender o objetivo do estudo e, a partir disto, acompanhar as demais partes do mesmo. Explana-se e justificam-se as escolhas exercidas, quais entidades são abarcadas na pesquisa, como ocorreu a coleta de dados, agentes envolvidos, os caminhos percorridos pela pesquisadora.

Como resultado da coleta de dados realizada, o quarto capítulo tem a finalidade de descrever as onze OSS pesquisadas e os hospitais por elas geridos, expor informações como origem, composição, espaço ocupado, gestão, entre outros. Também apresenta, quando disponível, elementos sobre os contratos de gestão firmados com a secretaria de saúde, por meio de relatório de avaliação. Dados coletados principalmente no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES, junto ao SUS), as secretarias estadual e municipal de saúde e os sites das organizações e dos hospitais geridos.

No quinto capítulo abrem-se as discussões acerca dos dados obtidos, analisando-os e explorando os embates da pesquisa. São relatadas e discutidas, entre outros, como é feita a escolha das OSS, quem contribui para essa definição, como são negociados os números no contrato de gestão e de que forma são fiscalizados. Além disso, são debatidas as organizações e os hospitais, suas estratégias, ações, composição, atuação, relações e outros, com foco especial no gerenciamento.

Ao sexto capítulo são conduzidas as finalizações. Considerações sobre os contornos do espaço ocupado pelas OSS, os agentes envolvidos, as forças que atuam no papel da crítica, enfim, busca-se explicar o papel de intermediação que a pesquisa sugere. Boa leitura!

1 RECONHECIMENTO DO ESPAÇO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Uma forma díspar de analisar a economia é apresentada pela sociologia econômica. Além de observar o mercado, ela deve - e pode - se interessar por todas as formas de produção, consumo, distribuição e transferência de capitais (ZELIZER, 2010). Nesta perspectiva e a pesquisa, as observações são direcionadas aos hospitais gerenciados por organizações sociais. Eles formam, ao final, o lócus de um embate de relações de interesses específicos entre atores de um espaço - utilizando-se do conceito de “campo” de Bourdieu (1989). Têm-se, neste espaço, os quatro indicativos do conceito de campo: interesses específicos, leis e regras de funcionamento, estrutura de luta, interesses comuns (BOURDIEU, 2000).

Na etapa inicial deste estudo, pretende-se apresentar a concepção deste espaço e a estrutura envolvida. Para o reconhecimento de espaço, apresenta-se a criação da Lei das OS, fatos relacionados, atores envolvidos, lutas e méritos. Hospitais mantidos por organizações sociais são resultados de uma estrutura que pode também ser entendida como campo organizacional, ou seja, “organizações que, em conjunto, constituem uma área reconhecida da vida institucional: fornecedores-chaves, consumidores de recursos e produtos, agências reguladoras e outras organizações que produzem serviços ou produtos similares” (DIMAGGIO e POWELL, 1983, p. 148). Envolve, assim, a totalidade de atores relevantes no espaço considerado, que é construído seguindo um processo de estruturação.

Para entendermos como funciona o hospital gerenciado por uma OS, sua supervisão, gestão e força de trabalho, precisamos compreender como ocorreu o processo de estruturação, as forças atuantes, quem são os agentes envolvidos, entre outros.

Com o estudo exploratório da área da saúde, não se vislumbra aqui analisar, por exemplo, políticas públicas. Tem-se como objetivo, ao estudar este espaço, compreender as estratégias de mudança na intermediação dos serviços públicos na área da saúde. Contribuir, desse modo, na compreensão da dinâmica do capitalismo brasileiro contemporâneo visualizado no setor saúde. Um exemplo das tensões envolvidas nesta perspectiva pode ser antecipadamente referido: a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), entidade filantrópica qualificada como OS, ou seja, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, foi relacionada como a maior empresa no setor de serviços

médicos (Melhores & Maiores 2012 Revista Exame) ⁴. No ranking das 1000 empresas do país, ocupou o 166º lugar em 2012. Na publicação está com o nome de sua matriz, Hospital São Paulo. Este é um dos exemplos das tensões capitalistas envolvidos.

As transformações ocorridas com a lei das OS indicam um processo de construção social do que seria um ‘novo’ espaço, e assim, ‘novas’ justificativas. Uma das caracterizações do capitalismo, para Boltanski e Chiapello (2009), é a exigência de acumulação do capital, por meios formais e pacíficos, e o repor em jogo no círculo econômico com o objetivo de extrair lucro, dessa forma repetidamente. Para que a acumulação capitalista ocorra, conforme os autores, mesmo que em graus desiguais de acordo com o caminho do lucro pelo qual se segue, exigem-se a mobilização de inúmeras pessoas em que as chances de lucro são desiguais. Contudo, a cada uma é atribuída uma responsabilidade ínfima no processo global. É necessário que os indivíduos acreditem e que estejam engajados no processo.

Para tanto se apresenta o espírito do capitalismo. Boltanski e Chiapello (2009) o definem como o conjunto de crenças associadas à ordem capitalista e contribuem para justificar e sustentar tal ordem, tornando legítimos os modos de ação e as disposições coerentes com elas. Portanto, para engajar as pessoas certas à busca da acumulação, o capitalismo deve incorporar um ‘espírito’ capaz de oferecer perspectivas cativantes de vida, além de garantir segurança e razões morais para fazê-lo. A possível criação do ‘novo’ espaço aqui estudado contemplaria essa explicação.

E as críticas? A elas, papel fundamental: são consideradas por Boltanski e Chiapello (2009) as molas impulsoras das mudanças no espírito capitalista. É por meio de seus inimigos, indignados, opositoristas, que o espírito encontra pontos de apoio moral para aperfeiçoar e incorporar dispositivos de justiça.

Com base nesta conjectura, insere-se o desenho da intermediação. Podemos encontrá-la representada em publicações como de Donadone (2002), Dezalay e Garth (2000), e Guimarães (2008).

Guimarães (2008) demonstra em seus estudos o papel do terceiro elemento na relação de força em que estariam o contratante e o contratado no mercado de trabalho, que segundo a autora, se distribuem por várias linhas de tensão que podem ser mais bem representadas como convergindo para as extremidades da figura de um triângulo. Seria a

⁴ A informação pode ser aferida no site: <http://exame.abril.com.br/negocios/melhores-e-maiores/empresas/maiores/1/2012/vendas/-/servicos/-/>. Acesso em: 11 jan. 2013. Também está disponível no site da instituição: <http://www.spdm.org.br/site/noticias/288-spdm-na-melhores-e-maiores-da-revista-exame.html>>. Acesso em: 11 jan. 2013.

intermediação quem “forja a dinâmica de um ‘novo’ mercado que se constitui no interior do próprio mercado de trabalho - o ‘mercado de intermediação das oportunidades de trabalho’” (p. 278).

Adentrar no que se define como mercado da força de trabalho, para a autora, tem uma dimensão analítica crucial:

E, ao mesmo tempo, um exemplo de como uma análise sociológica dos mercados de trabalho pode se erigir com base numa agenda autônoma que não a reduza (ou subsuma), como antes, seja à sociologia das desigualdades e da estratificação social, seja à sociologia das ocupações, seja à sociologia industrial e das organizações, ou mesmo à sociologia do desenvolvimento, para não falarmos da economia do trabalho (GUIMARÃES 2009, p. 69).

A perspectiva do estudo citado enquadra-se ainda nas considerações de Dezalay e Garth (2000), nos estudos envolvendo o que denominam como políticos-bacharéis, ou no original, “*gentlemen-politicians of the law*”. Esses atores foram atacados e desacreditados pelos técnicos-políticos, que se utilizaram do capital internacional - títulos universitários, conhecimento técnico, contatos, recursos, prestígio e legitimidade obtida no exterior - para implantar suas estratégias, em especial por meio do que Bourdieu (1996 *apud* DEZALAY e GARTH, 2000) classificou como guerras palacianas, ou seja, lutas não somente pelo controle do Estado, mas também pelos valores relativos dos indivíduos e dos conhecimentos que dão forma e direção ao Estado. Portanto, para os autores, os escritórios de direito empresarial dos técnicos-políticos intermediavam as grandes empresas multinacionais e o Estado, obtendo como resultados um conjunto de reformas e práticas jurídicas em áreas como propriedade intelectual, comércio, ações e títulos e antitruste.

Papel de intermediação também é respaldado por estudos realizados por Donadone (2002, 2010) sobre as consultorias e o crescimento do setor. O papel intermediário do consultor na implantação de mudanças organizacionais foi gerado pelas reestruturações empresariais, onde a gerência burocrática passou a ser substituída pela ação em formato matricial das grandes consultorias ou mesmo por ‘projetos’ de consultorias acadêmicas. Donadone, Silveira e Ralio (2012 p. 162) explicam a consultoria universitária:

A forma de atuação desses consultores espelha a sua formação, sendo comuns “os projetos” que são uma tentativa de conversão das suas práticas oriundas do habitus acadêmico em um formato que se aproxime daqueles validados no mercado de consultorias.

Esta é uma das formas de consultorias, as outras estão entre consultorias multinacionais (originárias de firmas de auditoria e contabilidade e também de consultorias

artesanais) e as consultorias brasileiras (a legitimação é fundamentada no conhecimento de características das instituições e dos mercados do país).

Com suporte no esboço citado, a sequência desta pesquisa oferece uma sinopse das temáticas centrais envolvidas no estudo das Organizações Sociais, assuntos que subsidiam as discussões que as envolvem e, posteriormente, terão abordagem retomada nos debates aqui propostos.

Será iniciado com as articulações governamentais que proporcionaram a parceria entre Estado e a sociedade e seus reflexos. Terá segmento com uma explanação sobre o Terceiro Setor, conceitos e divergências que o envolvem, além de uma abordagem de identificação dos *Quangos*, organizações classificadas no setor e que serviram de inspiração à criação da lei que regulamenta as OS.

1.1 A dinâmica do Estado e as transformações junto à sociedade

O dinamismo das organizações pode ser contemplado, criticado, questionado ou mesmo seguido, porém torna-se complexo negá-lo. Igualmente ocorre com o Estado, que na justificativa de prover e melhorar os benefícios sociais que lhe diz respeito redireciona suas estratégias de atuação. Entre as alterações, uma teve início com ações governamentais que possibilitaram o Estado a repassar parte de suas atividades exercidas às entidades privadas, nos processos de privatização e publicização.

O movimento de privatização apresentou seu apogeu mundial com os governantes Margareth Thatcher (Grã-Bretanha) e Ronald Reagan (Estados Unidos) na década de 80, usado como estratégia para alcançar as metas de enxugar o setor público, controlar e diminuir gastos e desregulamentar a economia daqueles Estados. Santos (2007) tipifica privatização como a preocupação revelada do Estado em adaptar-se à modernidade, à gestão eficiente de atividades diante do fenômeno da globalização econômica.

Este movimento levaria o governo a repassar à iniciativa privada uma parcela dos serviços públicos executados por ele. Uma das alegações era a necessidade de atualização tecnológica em suas diversas áreas de ação e a modernização demandava investimentos financeiros que o governo alegava não dispor. Assim, com a privatização, a expectativa era

liberar o governo de atuar em áreas avaliadas como de menor relevância e a captação de recursos para investimentos em áreas fundamentais como saúde e educação.

Para a publicização, Peci *et al.* (2008) indicam dois caminhos na inclusão da iniciativa privada junto aos serviços estatais: o *New Public Management* (NPM), responsável por incorporar aos serviços públicos as práticas gerenciais da iniciativa privada; e a governança, que seria consequência da NPM, mas com foco na sociedade civil. O Quadro 1.1.1 traz as principais diferenças entre ambos.

Conceito	<i>New Public Management</i> - NPM	Governança
Redução da dicotomia pública privada	A dicotomia é considerada obsoleta, por causa da ineficiência do estado Solução proposta: importação de técnicas gerenciais do setor privado	A dicotomia é considerada obsoleta, por causa da maior participação de outros atores Solução proposta: o setor público deve assumir um papel de liderança na mobilização de redes público-privadas
Ênfase crescente na competição	A competição é estratégia central para o aumento da eficiência da gestão pública e para responder melhor ao cliente	A competição não é vista como estratégia central; o foco está na mistura de recursos públicos e privados, com maior competição, onde for o caso
Ênfase na gestão dos resultados ao invés do controle dos insumos	Foco nos resultados e crítica ao controle dos insumos Mecanismos como contratos de gestão e acordos de resultados são incentivados	Existe dificuldade em especificar os objetivos e, conseqüentemente, resultados das políticas públicas Mecanismos como contratos de gestão ou acordos de resultados são incentivados
Ênfase no papel articulador do estado	O estado deve ser capaz de cortar gastos, ao mesmo tempo em que responde às expectativas crescentes e diversificadas da clientela	O estado deve ser capaz de aumentar as coalizões com outros atores, definindo prioridades e objetivos A comunicação entre os diversos atores é estimulada pela ação do estado
Desenho das estruturas organizacionais	Estruturas governamentais mínimas Diferença entre formulação e execução de políticas, a partir da lógica <i>agente-principal</i>	Estruturas interorganizacionais, acompanhadas por modificações na estrutura de pessoas, procedimentos, instrumentos de gestão, planejamento e orçamento e transparência

Quadro 1.1.1 - Diferenças entre *New Public Management* e Governança

Fonte: Peci *et al.* (2008 *apud* Peci, Pieranti e Rodrigues 2007)

Peci *et al.* (2008, p. 1140) salientam que a NPM é “culturalmente enraizada na cultura anglo-saxônica”, justificativa à utilização maciça de adaptações e transferências dos conhecimentos gerenciais desenvolvidos no setor privado para o público pelos países deste âmbito cultural (iniciativa inglesa na administração de Margaret Thatcher). Na conjuntura da Europa e dos Estados Unidos, a governança se materializaria por meio de alguns elementos, de acordo com Peci, Pieranti e Rodrigues (2007): domínio das redes em políticas públicas; do controle à influência (governo reduz poder central e passa a influenciar); uso de recursos

públicos e privados; criação de modelos organizacionais híbridos (como *Quangos*, OSCIP, OS).

Ainda na ideia da governança, Peci, Piernati e Rodrigues (2007, p.42) afirmam:

De forma mais ampla, o conceito de governança pode ser utilizado na teoria de administração pública para qualificar as relações que o Estado (domínio dos políticos e burocratas) desenvolve com o setor privado (domínio das empresas e consumidores) e o terceiro setor (domínio da cidadania organizada em torno dos seus interesses).

A estratégia governamental de repassar serviços a outros setores envolve também o conceito de descentralização. Pode envolver a temática da coordenação federativa, como no conceito de Abrucio (2006, p.78), que define descentralização como:

Um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado nacional, que resulta da conquista ou transferência efetiva de poder decisório a governos subnacionais, os quais adquirem autonomia para escolher seus governantes e legisladores, para comandar diretamente sua administração, para elaborar uma legislação referente às competências que lhes cabem e, por fim, para cuidar de sua estrutura tributária e financeira.

Neste caso, de cunho político hierárquico, por transferência ou mesmo conquista de poder decisório a estados e municípios, de acordo com o país de referência.

Podem ser observadas outras perspectivas de descentralização identificadas como ‘parcerias’, que na visão de Di Pietro (1999) seriam todas as formas de sociedade que, sem formar nova pessoa jurídica, são organizadas entre o setor público e o privado para a consecução de fins de interesse público. Portanto, na parceria, ocorre a colaboração entre o poder público e a iniciativa privada no âmbito social e o econômico à satisfação do interesse público, ainda que do lado do particular se objetive o lucro - ou não.

Arretche (1996) relata que havia a suposição de que formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e que fortaleceriam e consolidariam a democracia. Tal consenso ainda supunha que formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais eficientes e que elevariam os níveis reais de bem-estar da população. Ibañez *et al.* (2001, p. 392) ressaltam algumas características desta ação:

Incentivos a experiências na área da administração pública, cujas características básicas visavam conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados.

Das estratégias para descentralização, Arretche (1996) destacou a desconcentração, a delegação, a transferência de atribuições e a privatização ou desregulação.

A delegação seria então a que acomodaria as organizações sociais, sendo a transferência da responsabilidade na gestão dos serviços para agências não vinculadas ao governo central, e mantido o controle dos recursos pelo governo central. Di Pietro (1999) inclui, na delegação, além da modalidade das Organizações Sociais, os consórcios, a concessão, a terceirização, a permissão, entre outros.

As parcerias do Estado com a sociedade, independente de formas e características, remata a necessidade de outros organismos interessados em fazê-lo. Poderia ser o setor privado ou então, o Terceiro Setor. A seguir, apresentam-se algumas considerações que lhe são pertinentes.

1.2 O outro setor envolvido: o Terceiro Setor

Organizações não governamentais, organizações sem fins lucrativos, organizações sociais... O que é o Terceiro Setor? Para Alves (2002) “Terceiro Setor” é um termo guarda-chuva em que se incluem várias organizações e no qual, ao mesmo tempo, incluem-se também marcos teóricos diferentes. Deve-se a várias correntes que, de diversas formas, acabam por se alojar no setor.

Em seus estudos sobre o Terceiro Setor, Alves (2002) descreve sua percepção de que as pessoas têm vaga ideia do conceito, explicável por ser um assunto incipiente e com pouca disseminação das pesquisas existentes. Seus estudos revelam que o termo teve origem na literatura norte-americana para identificar o setor da sociedade em que atuam organizações sem fins lucrativos com objetivos de produção ou a distribuição de bens e serviços públicos. Não sendo consenso entre autores, houve variações de nomenclatura e mesmo conceitos envolvidos, de acordo com o pesquisador, passando por “setor não lucrativo”, “setor independente” ou então “setor voluntário”.

Ainda em indicativos das pesquisas de Alves (2002), a propagação do termo Terceiro Setor deve-se ao *Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project* a difusão uniforme da expressão, por meio de seminários realizados pelo mundo que reuniam pesquisadores com interesse no fenômeno emergente das organizações sem fins lucrativos. Por consequência, publicações sobre tal espalharam-se pelos continentes.

A origem da nomenclatura estaria relacionada à economia clássica que dividia a sociedade conforme as finalidades econômicas. Destarte, o Primeiro Setor compõe-se pelas atividades do Mercado e o Segundo Setor pelas atividades do Estado, e as organizações de natureza privada e fins públicos, que não foram abrangidas nesses, formam o Terceiro Setor. Considerado uma perspectiva além da econômica, tem-se que o terceiro setor é:

Um campo de atividade econômica que procura adaptar-se e reagir às pressões da concorrência e da competição, geradas pela regulação do Estado, do mercado, da economia informal e da economia doméstica. De outro, é um setor que procurou, historicamente, constituir-se como uma alternativa ao Estado e ao mercado e que, hoje, procura novamente reconstruir essa missão, impulsionado que é pelas mudanças profundas em nível da organização do trabalho, da produção, da distribuição, da troca e do consumo de bens e serviços com características imateriais (FERREIRA, 2007).

O autor ainda indica a finalidade do Terceiro Setor como produzir um dado bem ou serviço, mas não existe uma intenção explícita de enriquecimento ou de distribuição de lucros para quem integra esse tipo de associações, mutualidades ou cooperativas (FERREIRA, 2007).

Compreendido como uma ferramenta de fortalecimento da sociedade civil por Ruth Cardoso (1997), a autora o descreve como agrupamento de vários termos utilizados para caracterizar o espaço que não é Estado e não é mercado, com ações que visam interesse público através de iniciativas sem fins lucrativos, filantrópicas e voluntárias. O ‘encaixe’ no espaço pode ocorrer de várias formas e sobre várias características, que também alteram nas considerações de pesquisadores.

O que caracteriza o Terceiro Setor, nas exposições de Ferrarezi (2007), trata-se de uma multiplicidade das formas de atuação e organização, concomitante com sua singularidade:

Não existe a noção de um sujeito coletivo que apresente um projeto comum. Pelo contrário, a convergência das organizações que agem sob essa expressão guarda-chuva se dá por meio de alianças múltiplas, porém parciais, e envolvem vários processos concomitantes (FERRAREZI, 2007 p. 111).

A autora adverte que uma falha comum é classificar organizações de interesse público no setor em estudo. Afirma ser um erro, considerado que organizações de interesse privado são conhecidas por promover políticas públicas, como no caso de cooperativas, fundações hospitalares e sindicatos. Para Ferrarezi (2007, p. 112), “a finalidade pública e a não lucratividade não podem ser atributos inerentes, mas sim resultado deliberado da ação de atores e seus valores”.

É constatado que os governos têm buscado junto ao Terceiro Setor parcerias justificadas em promoção do desenvolvimento econômico e social do país através de políticas direcionadas. Contudo, na concepção de Oliveira (2008), pode-se afirmar que o interesse nele é uma das decorrências das políticas reformistas de Estado [...], as quais, em muitos casos, provocaram o desmantelamento das estruturas públicas voltadas à prestação de serviços sociais à comunidade.

Em contrapartida, as entidades que são sustentadas pelas parcerias realizadas com o governo, apesar de trazer ideologia de Terceiro Setor em sua formação, acabam por atuar “nos moldes” determinados pelo governo, sendo funcionais a ele. Para Montañó (2002) essas organizações não conseguem se afastar dos interesses neoliberais, devido à forte dependência dos financiamentos estatais.

Assim, o ideário que nasce junto ao Terceiro Setor e que entidades carregam, independente de serem classificadas como organizações não governamentais, sem fins lucrativos, etc., pode se tornar ‘limitado’, sistematizado pela força estatal - indicação para uma pesquisa mais aprofundada.

As organizações que atuam junto ao governo permanecem em foco. Na sequência será feito um reconhecimento das organizações classificadas como *Quangos*, termo inglês que municiou contribuições para a concepção das OS brasileiras.

1.2.1 *Quangos* e suas questões

Neste item são estudadas as organizações não governamentais quase autônomas, identificadas como *Quangos* no Reino Unido e similares em outros países, aponta-se discussões que as envolvem como fonte de parâmetros para o caso brasileiro. Estas organizações inicialmente serviram de modelo para a criação das OS, motivo para explorar sua literatura. Alguns aspectos são levantados com intuito de contribuir na análise dos hospitais mantidos por OS, escopo deste estudo.

O termo *Quango - Quasi-Autonomous Non-Governmental Organizations* - foi introduzido na ciência política e administração pública por volta dos anos 70 no mundo anglo saxônico. As organizações assim denominadas funcionam como uma espécie de ‘braço’ do governo, exercendo funções que seriam de responsabilidade dele - na saúde, educação,

cidadania. Seu princípio básico está na autonomia da organização em relação ao contratante, o Estado. Em geral, a instituição recebe um montante para realizar o objetivo ao qual se propôs mediante contrato, no qual estão estipuladas as regras. Pauta-se com a definição ampla para OS apresentada por Bresser Pereira (2012)⁵ de organização pública não estatal que em troca de recursos públicos mantenha um contrato de gestão com o Estado.

Em 2012, tal metodologia de administração pública circulava o mundo, encontrada na Itália, França, Canadá, Brasil, Austrália, Japão, Tanzânia, Jamaica e Dinamarca, entre outros diversos países pelos cinco continentes, cada qual com suas peculiaridades. Entretanto, é importante indicar que organizações autônomas a serviço do governo têm menções na Suécia ainda no Século XVIII.

Um dos alicerces dos *Quangos* é a autonomia, indicado no próprio nome. As definições perpassam em esclarecer sobre a autonomia dessas organizações, que segundo Bouckaert e Peters (2005, p. 23) ocorrem em relação aos ministérios⁶ que os contratam, no entanto isso pode significar maior dependência das agências centrais de controle orçamentário e político. Assim, trata-se de autonomia gerencial e, em partes, política, porém são relativas. Os autores indicam que grande parte das discussões sobre os *Quangos* transcorrem o eixo gerencial, mas há outras dimensões de autonomia que precisam ser consideradas, como o controle financeiro e jurídico. Além disso, os autores lembram que a autonomia está correlacionada com o sistema de governo, recordando o Sistema *Westminster*, governo parlamentar democrático em vigência no Reino Unido.

Outro ponto, citado anteriormente e tratado como circunstancial nas análises das organizações quase autônomas relaciona-se ao tempo de existência delas, como indicações do Século XVIII, por exemplo. Para determinar a autonomia através do tempo, algumas dimensões necessitariam ser designadas para fazer o paralelo no período. Deste modo, haveria a possibilidade de considerar uma mudança na natureza dessas organizações ou apenas do ciclo de vida delas. Além dessa dimensão, a estrutura, a força de trabalho e o tamanho dessas organizações precisariam ser mais bem quantificados, no julgamento de Bouckaert e Peters (2005, p. 28).

Ainda Bouckaert e Peters (2005, p. 24) observam que, em uma análise, deve-se levar em consideração a natureza do organismo público (no Reino Unido é bastante distinta

⁵ Contato via email com retorno em 12 out. 2012.

⁶ Será utilizada a palavra “Ministério”, conforme indicado no texto. No Brasil, pode ser contratado por secretarias, por exemplo. Também podem ser relacionados a agências ou departamentos estatais.

de outros países), além da política e cultural. Ponderam que a literatura sobre *Quangos* fomenta problemas analíticos e teóricos neste quesito.

Considerar a autonomia dos *Quangos* sem avaliar a que tipo de entidade estatal está vinculado poderia induzir a enganos. O ministério (ou departamento, ou secretaria) pode ter uma estrutura hierárquica convencional - um ministro dirigente de uma pirâmide organizacional -, ou uma espécie de estrutura por 'linha de produtos', ou ainda forma de ministério onde uma parte é responsável pela elaboração e planejamento, e outra pela implementação de políticas, ou ainda de instituições denominadas Organismos Autônomos e Semiautônomos. Alusão também ao regulamento interno dos *Quangos*, que no Reino Unido podem ser indicativos de: membro de ministério, independente e inserida em um ministério, pessoa jurídica inserida em um ministério, pessoa jurídica de direito público, e ainda pessoa jurídica de direito privado (BOUCKAERT e PETERS, 2005).

Sobre as atividades exercidas pelos *Quangos*, que também podem exercer influência em uma análise, os autores identificaram sete categorias no Reino Unido: implementação de políticas públicas, prestação direta de serviços, transferência de recursos, regulamentar, orientação e desenvolvimento de políticas, informações, pesquisas, tribunais e consultas públicas e representação.

Ao finalizar, Bouckaert e Peters (2005, p 45-6) questionam ser 'modismo' na gestão pública a utilização dessas organizações (*Quangos*). Não há resposta conclusiva, mas indicações de que estudos que possam auxiliar tanto o governo como entidades interessadas precisariam levar em consideração as pontuações citadas anteriormente, o que de maneira geral não tem sido evidenciado.

Oonagh Gay (2010)⁷ disponibilizou material no site www.parliament.uk que pode dar um indicativo de resposta aos autores Bouckaert e Peters (2005). Afirma que desde que o termo *Quango* foi criado por volta dos anos 70, tem-se mostrado uma 'burocracia inútil'⁸, apontada como clientelista e problemática na prestação de contas. Por isso, tornar-se-ia motivo para redução de investimentos na concepção de diversos políticos.

O autor ainda expõe que o termo "*Quangos*" não é oficial, sendo então *Non-Departmental Public Bodies* (NDPBs) a versão oficial utilizada pelo governo do Reino Unido. Com essa denominação, através de dados disponibilizados pelo *Cabinet Office*⁹ do

⁷ Para conferir a versão completa, acesse: http://www.parliament.uk/documents/commons/lib/research/key_issues/Key%20Issues%20Quangos.pdf
Acesso em: 11 out. 2012.

⁸ Tradução para 'wasteful bureaucracy'.

⁹ Pode ser conferido no endereço eletrônico: <http://www.cabinetoffice.gov.uk>

governo, eram 766 organizações em 2009 que recebiam verbas governamentais. Mas esse número já foi maior, 790 em 2008 e 827 em 2007, com uma diminuição em torno de 10% desde 1997.

Apesar da redução das organizações, o número de empregados e o valor das despesas aumentaram. Eram 111.000 trabalhadores¹⁰ em 2009 e gastou-se 46,5 bilhões de libras, das quais 38,4 bilhões foram diretamente financiados pelo governo. Assim, torna-se alvo de críticas severas por diversas partes, tanto do governo como de outras áreas. Outro fator que acirra críticas foi demonstrado por uma agência que faz vigilância junto ao governo, a Taxpayers' Alliance¹¹, citada por Oonagh Gay (2010). Ocorre que os dados oficiais não são compatíveis com os levantamentos efetuados pela agência, considerando que muitas organizações identificadas como *Quangos* não são classificadas oficialmente como NDPBs. Desta forma, acredita-se que existia cerca de 700.000 trabalhadores e os gastos do governo se elevaram a cerca de 82 bilhões em 2009. Essas informações contribuem para o diagnóstico de Bouckaert e Peters (2005) de que literaturas sobre *Quangos* são divergentes e exigem apurada atenção.

Em período anterior, Greve, Flinders e Van Thiel (1999, p. 129) admitiam que a proliferação das organizações acolhidas como *Quangos* não iria diminuir. Entretanto, citam levantamento feito por outros autores (WEIR e HALL, 1994), em que o governo tinha registrado 309 instituições como *Quangos*, mas na pesquisa realizada identificaram cerca de 5.500 organizações que consumiam cerca de um terço das despesas governamentais. Greve, Flinders e Van Thiel (1999) demonstraram que a classificação de organizações como *Quangos* também raiava como problema. Tal fato repetiu-se os autores Bouckaert e Peters (2005), Gay (2010), Flinders e Skelcher (2012), entre outros.

Greve, Flinders e Van Thiel (1999, p. 137) justificaram que na época - década de 1990 - essas organizações passavam por uma fase institucional e terminológica confusa. Como crítica, os autores relembram que essa fase era atraente ao governo, servia seus propósitos, por isso não houve movimentação para resolvê-la. Como aparentemente não havia consenso sobre as características básicas dos *Quangos* na literatura, havia a necessidade de reconhecimento institucional, constitucional e legal dessas organizações. Em sequência, os autores consagram que as condições em que os *Quangos* operam os distinguiriam. Cinco

¹⁰ Os trabalhadores dos *Quangos* não são oficialmente considerados servidores públicos, como se verifica em <http://www.civilservant.org.uk/definitions.shtml> : “Other Public Servants: There are a wide variety of other public bodies who do not generally employ civil servants (other than on loan from government departments)”. Acesso em: 11 nov. 12.

¹¹ Endereço eletrônico: <http://www.taxpayersalliance.com/>

condições são descritas para tal distinção: finanças, responsabilidade ministerial, mecanismos de controle, função pública e domínio público (GREVE, FLINDERS e VAN THIEL 1999, p. 141).

Acusações de despesas supérfluas, a falta de prestação de contas e clientelismo político é recorrente ao se tratar do tema *Quangos*. Flinders e Skelcher (2012) também as relatam, indicando ainda que os ministérios pudessem possuir condições de isentar-se das responsabilidades em alegação de se tratar de administração indireta. Paralela às críticas, a crise financeira mundial proporcionou um estopim para uma reforma no setor, o que se iniciou em 2009 com David Cameron - então primeiro ministro britânico. Em outubro do recorrente ano, o Gabinete do Governo identificou 902 *Quangos*, deles 192 deveriam ser abolidos, outros a serem aglomerados e outros ainda a serem reformados. Uma proposta foi apresentada ao parlamento, contudo após muitas discussões e pressão política, em dezembro de 2011 foi aprovada com modificações consideráveis em preservação dos mesmos.

Flinders e Skelcher (2012) apresentam cinco fatores para que o discurso sobre *Quangos* fique relacionado entre o forte contraste da retórica dessas organizações e a realidade com cortes de gastos e sacrifícios simbólicos: 1º Mapeamento dos *Quangos*: quantos existiram ou existem; 2º Avaliação: exercer sua função técnica; 3º Reconfiguração: grande variação encontrada nesta classe de organizações; 4º Economia: diminuição do número de *Quangos* para redução de gastos; 5º Prestação de contas: responsabilidades e fiscalização.

Ao finalizarem suas considerações, Flinders e Skelcher (2012) argumentam que a reforma necessária é tanto institucional quanto cultural, pelas opiniões envolvidas no tema *Quangos*.

Saindo das divisas do Reino Unido, em um interessante estudo sobre a política das Organizações Quase-Autônomas na França e Itália, Marine Allix (2003) ratifica a reforma administrativa ocorrida na Europa como motivação para o uso dessas organizações pelos governos, assim como no caso do Brasil. A autora destaca a dificuldade de classificação das organizações que prestam serviços ao governo, utilizando o termo *Quango* com base nos escritos de Greve, Flinders e Van Thiel (1999), entre outros. Allix (2003) avaliou organizações voluntárias, estabelecimentos públicos nacionais, autoridades independentes administrativas dos dois países e alguns casos especificamente, como os “Grupos de Interesse Público” na França e as “Agências” na Itália. Entre as conclusões, a autora identificou muitas similaridades entre as organizações francesas e italianas, como nos *Quangos* ingleses. São estabelecimentos públicos com administração independente, muitas vezes buscando

desenvolvimento de novos métodos de gestão pública, como o uso de contratos e indicadores de desempenho, em ambos os países.

Até a data do estudo, Allix (2003) identificou que a França continuava a incentivar a utilização dessas organizações enquanto que na Itália houve a tentativa de redução delas, com discussão sobre sua legitimidade. Na França, a preocupação era principalmente com a melhoria de sua comunicação com outras instituições. Diferenças causadas, na visão da autora, pela organização e racionalidade da administração pública que buscava a reforma italiana e, no caso da França, melhoria da transparência das finanças pública. A Itália tinha forte apelo à privatização, não sendo o caso da França, considera Allix (2003).

Como principal conclusão da comparação entre os dois países, a indicação de que características similares das organizações (enquadradas como *Quangos*) não implicam em semelhantes debates nacionais e possíveis mudanças nestas organizações (ALLIX, 2003). Algumas ações observadas pela autora eram semelhantes no Reino Unido, Holanda e Itália, contudo diferenciavam na França que possui um sistema de governo com objetivos diferenciados do italiano e, vale ressaltar, do brasileiro também.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE - acompanha pelo mundo a utilização das organizações similares aos *Quangos* como fruto de reformas governamentais. Em uma de suas publicações sobre o tema (OCDE, 2002), indica a utilização do termo *autonomous bodies* para classificá-las, relatando que o enquadramento dessas organizações é complicado, pois cada país possui suas especificidades legais e nomenclaturas diferenciadas. Como recomendação aos governos interessados, sugere criar mecanismos de *accountability*, atividades e desempenho mais facilmente controlável pelos responsáveis, assim como o processamento dessas informações também deveria melhorar.

As indicações da OCDE têm peso de lei. Grün (2005), em estudo sobre a financeirização e capitalismo contemporâneo mundial, percebe que ações no capitalismo brasileiro são direcionadas por ações muito forte dos diversos organismos multinacionais, como a OCDE, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que expressam as virtudes de práticas como condições necessárias à saúde econômica das sociedades que lançam mão de recursos daquelas entidades.

Nesta parte da pesquisa foram apresentadas algumas dos questionamentos que envolvem as organizações classificadas como *Quangos* por países como Reino Unido e França, fornecendo uma noção do embate que as cerca, gerado por um movimento mundial de reformas estatais. Vejamos, na continuidade, parte desses conflitos no Brasil.

1.3 A dinâmica do Estado Brasileiro

No Brasil, o movimento de publicização foi iniciado no governo Collor, ao instituir o Programa Nacional de Desestatização através da Lei nº 8.031/1990, transferindo a execução de serviços públicos para organizações da sociedade civil através de parcerias. O objetivo era a abertura para importação, desestatização e também a modernização através das tecnologias advindas com o movimento.

A nomeação de Luiz Carlos Bresser Pereira como titular do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) em 1995 (governo de Fernando Henrique Cardoso) deu segmento ao movimento de alterações estatais, a uma nova administração pública.

Bresser Pereira (2009) iniciou a reforma definida pelo próprio como Gerencial. Em um dos seus artigos envolvendo o tema, descreve os passos sobre a reforma, identificando-a como uma resposta ao aumento do tamanho do Estado e, por isso, a necessidade de tornar-se um Estado Democrático Social, considerando-se as formas políticas¹². Consequentemente seguiu-se a necessidade de acompanhamento na forma administrativa, tornando o Estado Gerencial, ainda segundo seu propositor. Portanto, os serviços de relevância pública previstos na Constituição de 1988 poderiam ser realizados tanto pelo Estado como pelo setor privado. Esta era parte do panorama que motivava alterações estatais.

Com noção do mérito do papel social no contexto de aperfeiçoamento do Estado, o então ministro do MARE realizou uma visita à Grã-Bretanha onde conheceu o sistema *purchase-provider*, em que os hospitais tinham caráter público, não estatal, com subordinação apenas a uma organização central, com ampla autonomia e com competição na qualidade de serviços que ofereciam às autoridades de saúde. Para Bresser Pereira (2009), o contato com tais organizações que funcionavam nesse sistema - *quasi-autonomous non governmental organizations* (conhecidas como *Quangos*) -, motivou a criação das OS. Na concepção do esquema para as alterações estatal, a oferta de serviços sociais, culturais e científicos teria propriedade pública não estatal, através das OS - modeladas nos *Quangos* - e outras sem fins lucrativos.

¹² As anteriores, na apresentação de Bresser Pereira (2009) são: Estado Absoluto, Estado Liberal, Estado Democrático liberal.

Repassar tarefas e focar no gerenciamento estratégico era o objetivo que sobrevinha à ideia de que a administração pública requer poucos funcionários, mas de alto nível para realização de tarefas estratégicas que a nação iria usufruir, como no setor da saúde. Segundo Bresser Pereira (2009), a característica essencial da reforma gerencial era a de associar formas de propriedade distintas a tipos de atividades também distintas, no aspecto estrutural. Ou seja, transferir as atividades não exclusivas do Estado para o setor público não estatal compreendido como publicizar, por meio da criação do então Programa Nacional de Publicização.

Sendo o proponente da lei das OS, como ficou conhecida, Bresser Pereira (2009) as definiu como entidades sem fim lucrativo, públicas não estatais, financiadas pelo Estado e por ele controladas através de contrato de gestão com definição de indicadores de desempenho. Dessa forma proporcionariam maior autonomia e flexibilidade das atividades não exclusivas do Estado, além de possibilitar uma operação mais eficiente, onde o Estado garante o controle sobre a qualidade e direcionamento dos serviços por meio do contrato de gestão e da auditoria por resultados.

Outros aspectos surgiram e colaboram para uma nova definição do mesmo autor, indicando a evolução dos conceitos envolvidos. Para Bresser Pereira (2012), um conceito amplo de OS é toda organização pública não estatal (sem fins lucrativos) que em troca de recursos públicos mantenha um Contrato de Gestão com o Estado. Repassa às organizações o papel principal, oferecendo novas direções no gerenciamento estatal, apresentando novas probabilidades.

Em maio de 1998 foi promulgada a Lei nº 9.637 (Lei das OS), que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e estabelece a formação do Conselho de Administração, o Contrato de Gestão, seus regulamentos, execução e fiscalização, o fomento às atividades sociais e a desqualificação de organizações. Determina também a criação do Programa Nacional de Publicização com o objetivo de estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação de organizações sociais. A publicização é uma das estratégias do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, criado pelo MARE.

O modelo da Lei das OS foi concluído em agosto de 1997. Antes mesmo da aprovação em 1998, duas organizações sociais (Acer¹³ e Hábitos¹⁴) foram implementadas

¹³ A Associação de Comunicação Educativa Roquette Pinto (ACERP) é a organização social responsável pela TVE Brasil, atuante no sistema de radiodifusão.

¹⁴ Associação Brasileira de Tecnologia de Luz Síncrotron (ABTLuS) é uma organização social qualificada pelo Decreto nº 2.405, de 26 de novembro de 1997 –, por meio de contrato de gestão com o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). Disponível em: www.abtlus.org.br. Acesso em: 29 abr. 2010.

como experimento em outubro de 1997. Para tal, foram extintos o Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e a Fundação Roquette Pinto, que Martins (2003) entendeu ser mediante um complexo e exaustivo processo de refinamento das proposições legais (publicização). Era o início efetivo da parceria entre governo e sociedade civil, segundo o autor, com grande pressão dos integrantes do governo para demonstração da aplicabilidade e operacionalização do modelo, principalmente porque não se tratava de fomento de entidades já existentes mediante nova titularidade e sim de publicização.

No escopo do projeto apresentado pelo MARE, a implantação das organizações sociais tinha como propósito mais genérico permitir e incentivar a publicização, esta compreendida como a produção não lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não exclusivos de Estado, ou ainda como o setor público não estatal, o denominado terceiro setor (MARE, 1997).

Após a publicação da Lei nº 9.637, prontamente algumas dificuldades foram identificadas. Martins (2003), em seus estudos que envolvem a criação das Organizações Sociais, apontou quatro focos de fragmentação: primeiro, a Ação Direta de Inconstitucionalidade impetrada pelo Partido dos Trabalhadores e pelo Partido Democrático Trabalhista contra a Lei 9.637/88 e por ser mal defendida pela Advocacia Geral da União; segundo, a área econômica (Ministérios da Fazenda e do Planejamento e Orçamento), reagindo ao modelo, tendo-se apegado ao mecanismo de proteção contra os contingenciamentos; terceiro, a recusa do Programa da Comunidade Solidária em adotar a OS como modelo de parceria entre entidades governamentais e organizações do terceiro setor; quarto e último refere-se aos arranjos orçamentários e de gestão dos servidores alocados em OS, fato que gerou grande dificuldade para regulamentação.

Mediante os quatro pontos de fragmentação, Martins (2003) ainda analisou que a estratégia governamental foi de caracterizar a Organização Social:

Mais como instrumento de descentralização da ação estatal para o terceiro setor (em consonância com a emergência da ideia de Estado-rede, parceria de segmentos organizados da sociedade civil para o provimento de bens públicos) e menos como estratégia flexibilizadora, em consonância com a necessidade de equacionar o binômio autonomia-flexibilidade com o propósito de se promover o desempenho e *accountability* (p. 187).

A reforma promovida pelo governo gerou discussões sobre conceitos, aplicações, efeitos envolvendo descentralização, publicização, parcerias, privatização, entre outros. Nas escrituras de Bresser Pereira (2009), a descentralização a que se refere seria do Sistema Único de Saúde - SUS - para os municípios, nada a fazer referência ao Estado.

Também não há menção a publicização, apesar de ser aludida na lei das Organizações Sociais. No Caderno MARE de Reformas do Estado das Organizações Sociais, em que se especifica a publicização, a referência única à descentralização faz parte do Contrato de Gestão, não ao Estado.

A publicização, assumida pelo governo por meio das organizações sociais, tinha como o intento de que atividades no setor de prestação de serviços não exclusivos ganhariam em qualidade: haveria otimização mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível e orientados para o cliente-cidadão mediante controle social (BRASIL, 1997). Para Montaño (2007), a retórica neoliberal argumentada com base na ‘escassez’, fruto de crise capitalista que gerava impossibilidade de “manutenção” da atividade providenciária, e com base também crise fiscal do Estado, gastando mais do que arrecada, justificaria a reforma do Estado com a passagem de atividades do setor estatal para o Terceiro Setor. Para o autor, ocorreu uma contrarreforma,

Não há transferência de atividades de um setor para outro, mas uma *radical mudança na concepção e fundamentos da ação social*; aonde, com ela, se processa precarização dos serviços, focalização da população atendida, perda dos direitos constitucionais do cidadão. Esta mudança de concepção e fundamentos da ação social é encoberta com a ideia de passagem ou transferência de responsabilidades e ações de um setor para outro. Como se a tensão fosse entre “setores” (Estado, sociedade civil) e não entre concepções sobre a política social (MONTAÑO 2007, p.03).

O autor prossegue em críticas também à publicização, que seria a diminuição dos custos da atividade social, conseguida não pela maior eficiência das organizações que prestariam os serviços públicos, mas devido à precarização, focalização e localização destes serviços, com a perda das suas dimensões de universalidade, de não-contratualidade e de direito do cidadão, retirando a responsabilidade do capital.

Ignorando críticas como a de Montaño, o governo reafirmou seu interesse em parcerias com a sociedade. As organizações que participariam da estratégia de estabelecer alianças entre Estado e sociedade estão classificadas como do Terceiro Setor.

A lei das OS estabeleceu que unicamente organizações sem fins lucrativos pudessem ser qualificadas para cumprir a função estabelecida. Depois da publicação da Lei 9.637, foi a vez da lei que instituiu a criação das OSCIPs, considerada o marco legal do Terceiro Setor no Brasil, tanto que ficou conhecida como Lei do Terceiro Setor.

Ambas enquadradas no Terceiro Setor, torna-se pertinente abordar a relação entre as duas leis que envolvem o tema. Alcoforado (2010), em estudo dos modelos de parcerias entre Estado e o setor, explica qual a diferença entre OSCIP e OS:

Esse modelo [OSCIP], apesar de bastante semelhante sob o ponto de vista jurídico e administrativo ao de Organização Social, tem uma diferença conceitual na sua aplicação. Enquanto o modelo OS deveria ser aplicado para aqueles serviços já prestados pelo Estado, em que se requer maior flexibilidade e agilidade de gestão, o modelo OSCIP serve para as entidades que já desempenham serviços públicos ou de interesse coletivo e que o Estado resolve apoiar ou fomentar (p. 05).

No que tange sobre a criação da Lei do Terceiro Setor, para Alves (2002), sustentou-se pela atuação orquestrada de várias entidades no Brasil com a promoção de eventos que visaram a dar maior “visibilidade” ao setor não lucrativo, proposto então, principalmente, como substituto possível ou, pelo menos, como parceiro do Estado, na função de agente da provisão social. Portanto, já relaciona a ação desse setor buscando parcerias que dessem suporte a suas atividades, mesmo que fosse com o governo.

Nos Cadernos do MARE (BRASIL, 1997, p. 7), o propósito central era “proporcionar um marco institucional de transição de atividades estatais para o terceiro setor e, com isso, contribuir para o aprimoramento da gestão pública estatal e não estatal”.

Montaño (2002) discute a proposição de parcerias entre o Terceiro Setor e o governo. Na sua concepção, é o próprio governo neoliberal que estimula, facilita e promove sua ampliação, advindo de interesses determinados pela ideologia neoliberal e não de debilidades ou dificuldades do governo. Para o autor, o termo Terceiro Setor (impreciso e confuso):

Funciona ideologicamente para encobrir um fenômeno real e de suma importância para o cidadão brasileiro: o desmonte do padrão de intervenção social estatal, construído historicamente e configurado na Constituição de 1988, e a confecção de uma nova modalidade de resposta social orientada nos moldes neoliberais (MONTAÑO, 2003 p.01).

Conforme Montaño, o avanço do neoliberalismo no governo brasileiro na década de 1990 trouxe precarização, focalização e desconcentração da política social estatal. Política social que, após mobilização social da década de 1980, repercutiu com a Lei Orgânica da Saúde e Lei Orgânica da Assistência Social. Reforça ainda a crítica, argumentando que ocorreu a privatização dos serviços sociais, onde estes serviços são assumidos por empresas que obtêm lucros. Portanto, potencializa-se legal e financeiramente (mediante as ‘parcerias’) o desenvolvimento das ações filantrópicas no âmbito da sociedade civil - no chamado Terceiro Setor.

Para prosseguir, vamos aprofundar na área da saúde e identificar o movimento que repercutiu junto ao governo o anseio de parcerias com a sociedade.

1.4 A reforma e o movimento pela saúde pública

A criação das OS tinha o propósito de permitir e incentivar a publicização com a absorção de atividades sociais pelo denominado Terceiro Setor, de acordo com o que propunha o MARE (BRASIL, 1997). Contudo, para Carneiro Junior (2002), essa reforma colocava o governo com a função reguladora, evidenciando uma qualidade diferente na relação Estado e sociedade, incluindo lógicas de mercado no processo. Destarte, a criação das Organizações Sociais envolve a construção de um panorama que pode ter vários elementos como principais diretrizes, de forma que se torna necessário apresentar os mais próximos e que podem influenciar nesta pesquisa. Far-se-á um retrospecto pelo campo da saúde, em especial no movimento sanitário brasileiro, ocorrido concomitantemente à ‘nova administração pública’ ou nova forma de administrar a coisa pública.

Na visão de Pires-Alves, Paiva e Hochman (2008), a incorporação de modo mais efetivo da história como elemento constitutivo da política da saúde não é um fenômeno recente, sendo adotada por instituições como o Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre outros.

Um fator que desperta a atenção neste cenário é relatado por Pires-Alves, Paiva e Hochman (2008). Precede uma movimentação da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (que pode ser considerada um ‘braço’ da OMS na América Latina), desde a década de 1950 que identificava a necessidade de ampliar o número de estabelecimentos de ensino médico nesta região, além de inserir o ensino de medicina preventiva.

Na década de 1960, o foco era a expansão da medicina para zona rural e participação comunitária em saúde. No Brasil, a partir da década de 1970 e com envolvimento dos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura, houve movimentação para formação massiva de pessoal de saúde, inicialmente. Na sequência, focalizaram na qualidade de formação do pessoal com ações tipo criação de regiões docente-assistenciais de saúde. Após, esforços para renovação da gestão do aparelho de estado em saúde.

Já no início da década de 1980, a agenda foi direcionada em ações ligadas à organização e à gestão do sistema de saúde. Tais atos foram desenvolvidos pelo então Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, que para os autores Pires-Alves, Paiva e Hochman (2008):

Representou um conjunto de respostas adaptadas e soluções autênticas aos problemas da formação de pessoal, bem como um esforço que se

desenvolveu em várias frentes e cujos objetivos giraram em torno de um melhor funcionamento e institucionalização do sistema de saúde brasileiro (p. 827).

Neste último parágrafo registrou-se por meio de história na saúde necessidades e implicações que já mobilizavam governos latino-americanos, assim como no brasileiro, que reivindicavam atuação também por meio de políticas públicas. A mobilização dos governos segue recomendações do Banco Mundial com propósitos gerenciais para descentralização, *accountability* e privatização, justifica Carneiro Junior (2002).

Acrescenta-se no processo de reforma na área da saúde também a “característica geneticamente herdada do movimento sanitaria” (MELLO, 2010) em defesa da formação específica aos profissionais envolvidos com a saúde, além da ideia de inclusão da comunidade. Eis que abrolha o movimento sanitário.

Nas palavras de um dos seus ativos representantes, Sérgio Arouca (1998), descreveu uma apresentação sobre o movimento que focava melhorias na saúde pública:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (p. 01).

O movimento sanitário se referia ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde que não compreendiam apenas o sistema, mas todo o setor saúde. O grupo não se compunha como partido, sendo considerada uma ação social. A publicação da tese intitulada “O Dilema Preventivista” de Sérgio Arouca em 1975, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) são consideradas marcos do movimento. Entre 1974 e 1979, diversas experiências institucionais tentam colocar em prática algumas diretrizes da reforma sanitária, como descentralização, participação e organização.

Como resultados do movimento pela reforma sanitária, Arouca (1998) cita a conquista da universalização na saúde (o princípio constitucional que estabelece que todo o brasileiro tem direito à saúde), definindo com clareza o dever do Estado e a função complementar da saúde privada; a ideia de que a saúde deve ser planejada com base nas

conferências; a formalização dos Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários; e a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da constituinte na Lei Orgânica 8080.

As repercussões pela reforma sanitária e da movimentação da OMS por meio da Organização Pan-Americana da Saúde foram sentidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. No Portal da Saúde menciona-se que foi o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil, e pela primeira vez a população participou das discussões da conferência. Foram mais de “4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação” (PORTAL DA SAÚDE, 2012). Entre as principais decisões, dividiram em três temas:

1) Saúde como direito;

2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde: neste caso, em um dos princípios regentes indicativos à organização encontra-se a descentralização na gestão dos serviços. No princípio referente à política de recursos humanos, tem-se a remuneração condigna, capacitação e reciclagem, admissão por meio de concurso público, entre outros.

3) Financiamento do setor.

A contemplação das propostas, ainda de acordo com o Ministério da Saúde, encontra-se no texto da Constituição Federal/1988 e também como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90.

As inconsistências alastram-se nas leituras sobre o tema. Cohn (1994) questiona uma série de afirmações. Sobre a descentralização, a autora alega que bloqueios e limites impostos restringem sua efetivação como processo democratizante. Carneiro Junior (2002) reforça que a estratégica descentralização tomou conteúdos e finalidades de acordo com o público alvo e com quem as programa nos contextos particulares das reformas (Estado e política).

A descentralização que se apresenta na nova constituição, intrínseca em uma crise fiscal do Estado, de acordo com Cohn (1994), contemplaria a lógica progressivista e particularista. Sob a égide de direitos, repassaria privilégios a determinados setores. Na ambiguidade do tema que a autora afirma ocorrer, está à descentralização da extensão dos direitos sem a garantia da fonte de financiamento, e por outro lado, repasse de recursos aos estados e municípios sem os respectivos encargos.

Cohn (1994) reforça igualmente que o movimento da Reforma Sanitária, neste contexto, colheu os frutos de seu êxito mesmo com seu esgotamento, considerando o limite da

relação Estado/sociedade - distinguido pelo ideário autoritário e circunscrito, paradoxalmente, ao marco liberal.

Como um dos principais legados do movimento sanitário brasileiro, a participação da comunidade efetivada com a criação de Conselhos de Saúde (municipal, estadual e federal) trazia como anseio garantir o acesso aos serviços de saúde e ao controle da coisa pública por meio da participação popular paritária (CARNEIRO JUNIOR, 2002). Assim, onde o controle era do Estado, passaria a ser vigiado pela própria sociedade (LEI 8.142 de 28/12/1990). O que aparenta ser uma conquista pode tornar-se uma ferramenta. Para Cohn (2003), os conselhos acabam legitimando os atos do governo, este exercendo assim de fato o controle do Estado, na justificativa da expressão troca do controle público pelo controle social.

Pereira Neto (2012) justifica que o “controle social” teria a incumbência de ser uma forma alternativa e até complementar de representação de interesses que transcenderia a representação parlamentar tradicional. Sua pesquisa sobre conselhos de saúde, direcionada por entrevistas pelo país afora, sugere que a predominância dos conselheiros está em atender interesses particulares. Para ele, a prática patrimonialista de uso privado de um poder público é explícita. Ainda mais, Pereira Neto (2012) identificou que os conselheiros - que classificou em: conselheiro amador, conselheiro profissional, político profissional e profissional do conselho -, parecem conviver com uma “troca recíproca de favores”. Sobre os conselhos, Paim (2008) conclui que o caráter virtuoso do processo participativo não foi suficiente para resultar numa práxis de reforma social geral.

O movimento sanitário obteve conquistas com a Reforma Sanitária Brasileira, através da implantação do SUS e outros objetivos estabelecidos na Constituição Nacional. Ele seguiu e ainda hoje tem representantes por todo o país, vinculados a instituições como CEBES, ABRASCO e AMPASA (Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde). É certo que sua força se restringiu, em parte talvez por, como afirma Carneiro Junior (2002), alguns de seus militantes passariam a fazer parte da gestão governamental. Silva (2011) aponta indícios de que, se muito foi alcançado com o movimento, muito ficou por ser atendido:

O subfinanciamento, a precarização das relações de trabalho, a remuneração, as condições de trabalho, a insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema, o marketing de valores de mercado e as soluções que ignoram os determinantes estruturais das necessidades de saúde, a desvalorização dos conselhos de saúde expressam evidências de promessas não consolidadas pela Reforma Sanitária Brasileira (p. 10)

As ações dos sanitaristas foram muitas, mas há limitações. Bourdieu (2001) considera que o poder dos agentes para alterar a representação do mundo social depende do capital simbólico que cada um possui acumulado, ou seja, da posição deles no espaço considerado (reconhecimento, crédito, honra).

Algumas das questões levantadas na citação antecedente também fazem parte das críticas levantadas às organizações sociais. Como seguimentos do estudo serão apresentados algumas críticas que envolvem a Lei das OS.

1.5 Questionamentos envolvendo as Organizações Sociais

Nas considerações do governo (federal, estaduais e municipais), as OS tornaram-se uma ferramenta bem avaliada e sua utilização tem ocorrido sempre que possível. Discursos favoráveis têm despertado interesse de novos agentes nessa ferramenta criada para parceria da sociedade civil com o governo. Contudo, essa percepção não é compartilhada por muitas entidades representativas da sociedade, que entendem haver muitas consequências envolvidas e requerem maiores esclarecimentos. Vejamos algumas dessas implicações na continuação deste capítulo.

O movimento sanitário brasileiro levanta questionamentos sobre tal forma de gerenciamento instituída pelo Estado. Essa classe representativa da saúde teve seu reconhecimento através das colaborações para a criação do SUS.

Anterior à promulgação da Constituição Federal de 1988, agentes empreendedores tomavam iniciativas que visava saúde à população. O movimento sanitário brasileiro, através da estratégia da Reforma Sanitária na década de 80, encampou a vertente de formulação de um projeto radical da política e do sistema de saúde com base nos princípios da justiça social, da universalidade do direito à saúde e da integralidade da ação. Assim, junto a outros movimentos como o sindical, através de conferências e simpósios, incentivou e participou da criação de um novo sistema de saúde - o SUS. Parte dos requisitos foi aprovada na Constituição Federal de 1988, porém somente em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde.

A aceitação do novo sistema de saúde foi lenta e processual, todavia hoje, segundo representante do movimento sanitaria, todos querem fortalecê-lo para tirar dele o maior proveito, sejam eles grupos empresariais, industriais, seguros, corporações, políticos, etc. (FLEURY, 2011). Bahia (2011) entende que o setor da saúde está tornando-se um mercado já em processo de financeirização. Assim, as OS da saúde implicariam em mais uma porta aberta de acesso ao SUS, ao novo mercado. A discussão envolve questões de grande impacto e repercussão que não serão aprofundadas nesta pesquisa. Vale ressaltar um fator inquestionável, que é o orçamento disponibilizado à saúde: 3,91% do orçamento geral da União em 2010 (estimado em aproximadamente 1,3 trilhões). O orçamento para saúde é superado apenas pelo orçamento para pagamento dos benefícios previdenciários (em torno de 22%).

Outra implicação envolvida com as OS e que tem sido uma das principais bandeiras levantada por entidades contrárias é a considerada terceirização da saúde pública. A terceirização foi assumida por alguns agentes envolvidos no processo, como o ex-secretário de saúde paulista e sanitarista José Guedes (2003, p.238), ao afirmar “... em suma, trata-se de uma terceirização para entidades filantrópicas sem fins lucrativos que assinam um contrato que nos permite acompanhar seu desempenho”.

Para esclarecer, apresenta-se o entendimento oferecido pelo subprocurador geral da República¹⁵ Wagner Gonçalves (BRASIL, 1998): os contratos ou convênios transferem uma unidade hospitalar pública a uma entidade civil sem fins lucrativos, sendo entregue o próprio estadual ou municipal, como bens móveis (máquinas e aparelhos hospitalares), recursos humanos e financeiros, em que são repassados autonomia de gerência para contratar, fazer compras sem licitação; concede a eles o verdadeiro mandato para gerenciamento, execução e prestação de serviços públicos de saúde. Assim, o entendimento é de terceirização dos serviços de saúde públicos. Em vários pontos de seu parecer, o subprocurador geral da República menciona a terceirização da saúde pública ocorrendo através do repasse as OS dos serviços de saúde públicos.

No mencionado parecer o subprocurador faz referência também ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), denunciando a terceirização e a criação das chamadas OS como potencialmente lesivas ao patrimônio público, afora sua ilegalidade e inconstitucionalidade. Também referencia a Federação Nacional dos Médicos, que abordou, em representação

¹⁵ Parecer de 1998 que embasou a Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI 1923 contra a lei de Organizações Sociais, elaborado por Wagner Gonçalves, subprocurador geral da república e procurador federal dos direitos do cidadão – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/MPF, em 27/05/1998.

dirigida à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, ser o “Projeto Organizações Sociais” uma criação com propósito claro e indisfarçável de retirar o Estado da administração direta dos serviços de saúde, educação, cultura e tecnologia.

Em suas conclusões, Gonçalves (BRASIL, 1998, p. 17) descreve¹⁶:

- l) a Lei nº 9.637/98 colide frontalmente com a Lei nº 8080/90 e com a Lei nº 8.152, de 28 de dezembro de 1990. Desconhece, por completo, o Conselho Nacional e os Conselhos Estaduais, que têm força deliberativa;
- m) a Lei nº 9.637/90 nega o Sistema Único de Saúde – SUS como previsto na Constituição, já que introduz **um vírus** – organizações sociais -, que é a antítese do Sistema;
- n) a *terceirização* da Saúde, seja na forma prevista na Lei nº 9.637/90, como nas formas similares executadas pelos Estados – e antes mencionadas – dá oportunidade a *direcionamento* em favor de determinadas organizações privadas, fraudes e malversação de verbas do SUS;
- o) a *terceirização* elimina licitação para compra de material e cessão de prédios, concurso público para contratação de pessoal e outros controles próprios do regular funcionamento da coisa pública. E pela ausência de garantias na realização dos contratos ou convênios, antevê-se inevitáveis prejuízos ao Erário Público.

Apesar do parecer ter sido escrito em 1998, servindo de embasamento para a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.923, impetrada junto ao Supremo Tribunal Federal, essa só foi colocada em votação em 31 de março de 2011. O primeiro voto, do ministro relator Ayres Brito, foi pela procedência parcial da ADI 1923. O ministro Luiz Fux pediu vistas ao processo, sendo retomada a votação em 19 de maio, quando julgou a ADI 1923 também parcialmente procedente - para que seja conferida interpretação conforme a Constituição Federal à Lei 9.637/98 e ao artigo 24, inciso XXIV, da Lei 8.666/93, incluído pela Lei 9.648/98. No que seria o voto seguinte, o ministro Marco Aurélio também solicitou vistas e a votação foi suspensa desde então (19/05/2011).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), em seu sítio eletrônico¹⁷, tem disposto vários artigos em que assume posição contrária às Organizações Sociais da Saúde. Inclusive, anuncia apoio recebido do Ministério Público Federal, incentiva abaixo-assinado digital visando à mobilização pública para explicitar os problemas da privatização do serviço público e divulga a Carta aos Ministros do Supremo Tribunal Federal solicitando a aprovação da ADI 1923. O conteúdo dessa carta traz que representantes da sociedade em geral remetem-se ao Supremo Tribunal Federal para solicitar que julgue procedente a Ação Direta de

¹⁶ Os destaques originais foram mantidos no texto.

¹⁷ Confira exemplo em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/22_jun_apoiompf.htm>. Acesso em: 10 nov. 11.

Inconstitucionalidade 1.923/98¹⁸. Trata-se de aproximadamente 400 representantes de movimentos sociais e entidades de todo o Brasil que assinam a referida carta, dentre eles estão: associações de funcionários de hospitais, conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais), conselhos de enfermagem, nutricionista, assistência social, psicologia, diversos sindicatos e representações estudantis, todos relacionados no referido documento.

A contraposição para com as OS foi ressaltada pelo CNS com a publicação do Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde em 2012¹⁹. Este documento foi debatido e aprovado por 2.937 delegados oriundos de todos os estados da Federação para contribuir na construção das políticas públicas na área da saúde (leia-se SUS), ou como publicado “O que ora apresentamos representa de forma fidedigna o que delegados de todo o país almejam para a saúde dos brasileiros” (BRASIL, 2012 p.09). Cunhadas 15 diretrizes, a quinta trata especificamente de se opor as OS e outras organizações que intermedeiem a saúde pública. Dos 14 incisos criados, os iniciais fornecem suporte do anseio público do conselho, representante instituído como instância máxima de deliberação do SUS pela Lei n.º 8.142 de 1990. Para aferir:

DIRETRIZ 5:

GESTÃO PÚBLICA PARA A SAÚDE PÚBLICA

1. Garantir que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as esferas de gestão e em todos os serviços, seja 100% pública e estatal, e submetida ao Controle Social.
2. Rejeitar a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações Sociais (OSs), e solicitar ao Supremo Tribunal Federal que julgue procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n° 1.923/98, de forma a considerar inconstitucional a Lei Federal n° 9.637/98, que estabelece esta forma de terceirização da gestão (BRASIL, 2012 p.36).

Com a publicação do Relatório Final, o CNS ratifica os vários eventos contrários as OSS. Em somatória, as entidades que participaram da conferência presumem-se assumirem a contrariedade. Entidades como Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, Central Única dos Trabalhadores, Associação Nacional de Pós Graduandos, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, dentre outras várias.

Anterior a 14ª Conferência Nacional de Saúde, houve exposições municipais e estaduais que trouxeram indicações para a nacional. No estado paulista, a 6ª Conferência

¹⁸ O conteúdo pode ser encontrado na íntegra no endereço eletrônico do Fórum Popular da Saúde PR:< <http://fopspr.wordpress.com/2010/05/21/carta-aos-ministros-do-supremo-tribunal-federal/>> Acesso em: 10 nov. 11.

¹⁹ Foram realizadas 4.374 conferências (municipais e estaduais) nos 27 estados brasileiros e deles foi apresentada a Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Estadual de Saúde ocorreu em setembro de 2011 e também atribui oposição as OSS. A 16ª proposta foi aprovada com o seguinte teor:

Rejeitar a atual política de contratos de gestão ou convênios com entidades privadas ou organizações sociais, incluindo a abertura de 25% dos leitos destas unidades para convênios, colocando em risco os princípios e objetivos do SUS, apoiando a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.923/98, que pretende acabar com as Organizações Sociais (OS) nos serviços públicos e manifestação contrária a qualquer tentativa de privatizar ou terceirizar todo e qualquer serviço, ou gestão de serviços na área da saúde, em todas as instâncias do SUS, inclusive ao projeto de lei que cria a Fundação de Saúde Pública de Direito Privado e a Medida Provisória 520, de 31 de dezembro de 2010, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares para gerenciar os Hospitais Universitários e de Ensino federais (SÃO PAULO, 2011 p.64).

Relembra-se que o Conselho Estadual tem as atribuições similares ao Conselho Nacional, limitadas ao estado em que atua. Dentre elas, traçar diretrizes da política estadual de saúde e seu controle, considerando aspectos econômicos e financeiros.

A Assembleia Legislativa de São Paulo realizou um estudo sobre as Organizações Sociais da Saúde em 2008. O deputado Raul Marcelo²⁰ foi o relator responsável pela parte dos estudos das OS de Saúde na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) “Remuneração dos Serviços Médico-Hospitalares” da casa legislativa. Para fonte de dados, os hospitais gerenciados pelas OSS inspecionados foram: Hospital Estadual Carlos da Silva Lacaz de Francisco Morato; Hospital Geral de Itaquaquecetuba; Hospital Geral de Itaim Paulista; Hospital Geral de Carapicuíba; Hospital Estadual Mário Covas de Santo André; Hospital Geral do Grajaú Professor Liberato John Alphonse di Dio; e Hospital Estadual de Vila Alpina.

Dentre as principais constatações apresentadas pelo relatório estão que, conforme os índices analisados, os hospitais geridos pelas OSS possuem média de desempenho um pouco superior aos da administração direta. Contudo, de acordo com o estudo, tal eficiência é questionável, considerando que uma análise de mortalidade hospitalar é referencial pouco apropriado, passível de variação de acordo com o perfil de atendimento do hospital e a região onde este está localizado, por exemplo. Além disso, os índices de relação entre número de altas e número de leitos avaliam apenas quanto tempo o hospital leva para liberar um paciente, o que também não é necessariamente um bom critério para avaliação hospitalar. Esses índices são adotados para defesa do modelo de OSS (pela Secretaria de Saúde de SP, por exemplo), mas, segundo o relatório, deve ser questionado sobre qual o real

²⁰ O relatório completo pode ser encontrado no seguinte endereço: < http://www.al.sp.gov.br/StaticFile/documentacao/cpi_remuneracao_servicososp_relatorio_final.htm#_Toc195614266 > Acesso em: 10 nov. 11.

impacto sobre a saúde da população, o “relativo” melhor desempenho dos hospitais com gerência das OSS.

Outra implicação envolvida está em relação às questões trabalhistas. Foi constatado, nos estudos para a CPI, que a média dos profissionais que trabalham nos hospitais estaduais e nas OSS é semelhante. Porém, o profissional que trabalha na OSS acaba necessitando, pela precarização dos direitos trabalhista e por não ter estabilidade garantida, a ter produtividade maior, o que é comprovado quando comparado o número de horas de contratados (médicos, enfermeiro e de técnicos de enfermagem). Tal fato poderia ser validado se considerado a rotatividade dos profissionais contratados pelas OSS, que é maior que nos hospitais da administração direta.

Para Barbosa (2010), a inexistência de um plano de cargos, carreira e salários (o denominado PCCS) junto as OSS gera a perspectiva de progressão funcional através da informalidade e baseado na avaliação do desempenho do funcionário realizada pelas chefias imediatas. Tal falta de expectativa de progressão funcional estabelecida em instrumentos próprios de gestão das relações de trabalho tem como consequência outra importante variável na organização do trabalho, que são os índices de rotatividade. Contudo, Barbosa e Elias (2010) lembram que é preciso considerar que as condições de acesso ao cargo, geralmente mediante concurso público, somadas à maior flexibilidade no exercício das atividades, e provavelmente influenciam na sua baixa rotatividade, comparativamente à OSS.

Mais uma implicação que envolve a atuação das organizações sociais no estado de São Paulo traz o questionamento sobre a eficiência dos hospitais gerenciados por elas. Apesar de não constar como foco deste estudo, faz-se necessário mencioná-la por ser considerada como um fator de relevância quando se trata dessas organizações. O Estudo Comparativo entre Gerenciamento da Administração Direta e das Organizações Sociais da Saúde, conduzido por Renato Martins Costa, conselheiro do Tribunal de Contas de SP em 2010, apresenta alguns resultados destacados a seguir:

- A capacidade hospitalar medida em leitos é maior nas OSS;
- Nos hospitais de administração direta há mais equipamentos de diagnóstico por imagem;
- Nos hospitais geridos por OSS há mais equipamentos por métodos ópticos;
- O quadro da categoria “assistência social” é maior nos hospitais da administração direta;
- Em valor/hora proveniente das medianas de salários: É maior para nutricionista, auxiliar de enfermagem, coordenadores na administração direta; É maior “Diretor Técnico/Médico” nas OSS.
- As categorias “enfermeiro”, “médico cirurgião-geral” e “médico-pediatra” têm maior rotatividade nos hospitais da administração direta.

- Os hospitais das OSS possuem mais serviços especializados terceirizados (SÃO PAULO, 2010).

No que se referem ao controle do SUS, ambas as gerências estão nas mesmas condições. Sobre indicadores, as relações enfermeiro/leito e médico/leito são maiores nos hospitais da administração direta, a taxa de mortalidade é menor também nos hospitais de administração direta, taxa de ocupação geral dos hospitais das OSS são maiores, relação altas/leitos clínica-médica é maior para os hospitais da administração direta e o número de pacientes-dia e taxa de cirurgia/saída são maiores nos hospitais das OSS.

Quanto ao resultado econômico, o estudo afirma que tanto os hospitais da administração direta como os das OSS apresentam prejuízo econômico, contudo, computados os gastos tributários, é menor para os da administração direta.

O secretário estadual de saúde, Giovanni Cerri em entrevista a Younes (2011)²¹ sintetizou a discussão em uma entrevista:

Metade dos hospitais do Estado é gerida por OS. Têm desempenho melhor, mas são hospitais mais novos, com salários diferenciados. Não sei se podemos, tranquilamente, compará-los com instituições mais antigas, muitas vezes defasadas, nas quais os profissionais recebem salários inferiores. Estamos comparando instituições novas, com gestão moderna e ágil, com instituições antigas, com a gestão engessada típica do setor público.

Para finalizar este indicativo, destaca-se que a jornalista Conceição Leme publicou artigo em junho de 2011²² anunciando que hospitais públicos de SP gerenciados por OSS têm dívidas acumuladas de R\$147,18 milhões, constatado através de levantamentos realizados pela autora com balanços publicados no Diário Oficial do Estado de São Paulo.

O relacionamento estabelecido entre o Estado e OS para realizações de atividades em órgãos de saúde pública tem sido motivo de indagações também sob a perspectiva trabalhista. As parcerias junto as OS têm levado o governo a cancelar contratações, repassando as tais entidades a responsabilidade da aquisição de mão de obra e repassa também os direitos trabalhistas. Esta forma de gestão tem repercutido de maneira diferenciada na sociedade. Muitas prefeituras e governos estaduais entendem como interessante, sendo favoráveis as parcerias e adotando-as, considerando a terceirização fator de redução de custos e que auxilia na Lei de Responsabilidade Fiscal. Os sindicatos alegam perdas dos direitos trabalhistas porque os trabalhadores terceirizados estão realizando as

²¹ Publicado na Carta Capital em 21.08.2011. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/saude/ageis-e-modernos/> > Acesso em: 25 out. 2011.

²² O artigo pode ser acessado na íntegra no endereço: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/hospitais-publicos-de-sp-gerenciados-por-oss-a-maioria-no-vermelho.html> Acesso em: 03 nov. 2011.

tarefas, anteriormente realizadas por funcionários efetivos, por salários diferentes. Além disso, são diretamente afetados pela redução de sindicalizados.

O Sindicato dos Médicos de São Paulo (SIMESP) é um representante estadual a ser considerado nas discussões. Em 2006, o então presidente Cid Carvalhaes (médico e advogado), em debate promovido pela Folha de São Paulo, afirmou que a proposta das OS é antidemocrática e arbitrária. Afirmou que entidades como o Conselho Municipal de Saúde e o Ministério Público não foram ouvidos e respeitados. Ao tecer suas críticas, relata que a redução de custo de internação, por exemplo, seria pelas escolhas por doenças de menor complexidade. Menos tempo de internação refletiria em custos menores. Como as organizações não possuem fins lucrativos, segundo de Carvalhaes (2006), justificaria o pagamento de “polpudos salários a diretores e cargos em comissão criados por interesses administrativos e dos apaniguados”. A credibilidade das organizações qualificadas é questionada no quesito gestão indicadas na mídia com reportagens sobre déficit orçamentário ou crises por falta de recursos, por exemplo. Adverte o autor que contratar serviços, pessoal e usar bens do governo sem licitações ou concursos públicos se contradiz os princípios da administração pública.

As críticas foram rebatidas pelo então secretário estadual da saúde, Luiz Roberto Barradas Barata (2006), continuando o debate promovido pela Folha de São Paulo. Sobre a possível privatização, Barata alegou que os hospitais continuam sendo patrimônio do governo, apenas sendo gerenciados por entidades do terceiro setor que possuem reconhecida expertise em gestão de saúde e não possuem fins lucrativos. Garante que o índice médio de aprovação era de 95% entre usuários e que sua eficiência foi comprovada pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com o Banco Mundial.

O SIMESP promoveu em 2012 o II Encontro pela Revogação da Lei das Organizações Sociais (O primeiro encontro foi em 2011, no Rio de Janeiro). O encontro mobilizou dez estados pela mobilização contrária as OS. Entidades como a Central Única de Trabalhadores, sindicatos de várias categorias da saúde, conselheiros de saúde e parlamentares se fizeram no evento, que estabeleceu o encaminhamento de documento ao governo federal para extinção da lei. O mesmo sindicato, por meio de seu diretor de comunicação J.P. Cechinel²³, denunciou que o estado paulista tem abandonado hospitais, permitindo o sucateamento de aparelhos e instalações, além de permitir a falta de profissionais, como forma de legitimar o repasse desses hospitais ao gerenciamento por OS.

²³ Entrevista à rádio SIMESP em 11/07/12. Disponível em: http://www.simesp.com.br/tv_radio.php?Radio:Audio:127 > Acesso em: 11 mar. 2012.

O controle social tem sido motivo de críticas e de elogios em diversos embates sobre as organizações sociais. O caso que será relacionado refere-se ao debate promovido pelo CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, importante ente envolvido diretamente no tema. Devido à necessidade de todos os médicos atuantes no estado serem credenciados junto à entidade, as colocações do conselho interfere nas opiniões sobre qualquer questão.

No debate “A gestão da Saúde por Organizações Sociais” (2006)²⁴, a entidade propiciou a dois conselheiros exporem suas convicções sobre o assunto. Inicialmente, a exposição é favorável, realizada pelo conselheiro Nacime Salomão Mansur - que também participa do conselho de uma organização social. O discurso é redundante nos aspectos apresentados como pontos positivos: o modelo de gestão é uma alternativa de produção não lucrativa de bens e serviços públicos, pressupostos de qualidade, melhor utilização de recursos, controle social pelo cliente-cidadão. Assim, a eficácia do Estado seria ampliada. O estado sendo “provedor e regulador, em vez de executor, torna o Estado mais eficiente e o aproxima do cidadão”, afirma Mansur (2006). Como se pode perceber, o discurso repete-se, com poucas alterações, do inicialmente proclamado na criação da lei das OS e que dissemina nos limitantes favoráveis as OS.

Na oposição do debate promovido pelo CREMESP, o conselheiro Eurípedes Balsanufu Carvalho (2006) reporta-se à história para justificar a criação das OS, compreendendo o anseio do governo por agilidade gerencial. Mas o foco é direcionado para o fato de que somente onze entidades são qualificadas como organização social, o que geraria uma “recentralização” na gestão de serviços e privatização de recursos públicos, ainda “agravados pela absoluta falta de transparência na definição do corpo diretivo dessas organizações” (refere-se à constituição do conselho administrativo, obrigatório por lei para entidade ser qualificada como OS). Questiona também o fato de ser o secretário da saúde quem determina a qualificação da entidade, sem participação social. Relaciona a movimentação sindical a favor dos profissionais da saúde, mas que não se aplicam nos profissionais que atuam nas OS. Finalizando, Carvalho (2006) lamenta faltar transparência e participação da sociedade para o efetivo controle social. Cá, o discurso também ecoa aspectos que já foram usados como críticas no assunto. A questão trabalhista, a efetiva participação social, a falta de transparência nas ações.

²⁴ Confira na íntegra: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=658>> Acesso em: 13 mar. 2012.

Nos últimos parágrafos, encontram-se o que Bourdieu (1996, 2004) denomina de *habitus*, um fator gerador de práticas distintas no meio social e que surge nas preferências e opiniões dos agentes sociais. Pode ser entendido como um sistema de disposições adquiridas pela experiência. Cada conselheiro expõe sua preferência, de acordo com sua experiência de vida. Também se inclui o que Boltanski e Thénevot (1991) abordam como justificativa ou legitimação das ações dos agentes, quando estes são colocados em situações de discordância em um espaço social e estimulados a se defenderem com argumentos persuasivos.

É conveniente afirmar que as apresentações dos conselheiros não representam o conceito do CREMESP, que de acordo com esta pesquisa, tem procurado ser ponderado em suas colocações sobre o tema, demonstrando-se a par dos acontecimentos, mas não se posicionando favorável -ou não - a lei das OS. Seus conselheiros, por outro lado, tem opiniões próprias e diversas vezes encontram-se seus pronunciamentos favoráveis ou contrários divulgados em mídia. A composição do Conselho do CREMESP compõe-se por nomes também relacionados à OSS, como Desiré Carlos Callegari e Nacime Salomão Mansur²⁵.

O que foi apresentado nesta parte do estudo é, sem dúvida, uma representação das críticas levantadas pela adoção das organizações sociais na gestão pública, mas proporciona ao leitor o embate envolvido no tema. Têm-se aqui menções na esfera federal, estadual e municipal, indiferentes a ordem cronológica, que de certa forma são gerais quando se tratam as organizações sociais, apenas direcionadas ao nível em que atuam.

Neste ínterim, abre-se espaço para publicações das pesquisas que envolvem o tema no país. Faz-se necessário, especialmente após assimilar sobre as críticas envolvidas, analisar o direcionamento dos materiais científicos replicados pelas academias brasileiras.

1.6 A repercussão em pesquisas

O estudo sobre as organizações sociais e suas parcerias com o Estado reproduzem-se com certas limitações pelo país, porém proporcionam noção do legado que o tema envolve e que se buscará relacionar nesta parte do estudo.

Um dos primeiros estudos publicados sobre as OS foi realizado em 2001, com a supervisão de Nelson Ibañez, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de

²⁵ Informações recolhidas nos sites do CREMESP, Fundação do ABC e SPDM.

São Paulo e médico sanitaria do governo estadual de São Paulo²⁶. Incluem-se ainda no estudo Olímpio José Nogueira Viana Bittar, médico e assessor do governo estadual dos Hospitais de Ensino²⁷. O estudo analisa a gestão estadual do Sistema Único de Saúde, na perspectiva da lei que regulamenta a criação das Organizações Sociais de Saúde.

Dentre suas constatações, se demonstraram o cumprimento satisfatório, por parte das OSS/SUS, a partir das metas estabelecidas no contrato de gestão pela Secretaria, para o primeiro ano de atividade. Complementam ainda no estudo que diferentes vocações e culturas organizacionais das OSS podem ser favoráveis nas experiências de gestão adequadas às realidades locais, entretanto podem restringir devido à inércia, interesses e o poder centralizador dessas organizações, a autonomia e individualização das OSS/SUS. Chama-se a atenção para gastos e rateios médios dessas unidades relacionados às Autorizações de Internação Hospitalar e seus valores apresentados em defasagem como possibilidade de preocupação no futuro.

Esta publicação de Ibañez *et al.* e de seus auxiliares é relacionada constantemente nas demais realizadas sobre o tema. É exemplo de sua utilização o estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde, efetivado pelo Tribunal de Contas do Estado em 2010, tendo como relator o conselheiro Renato Martins Costa.

Também com subsídios dos estudos de Ibañez *et al.*, em 2003, Tânia Keinert divulgou pelo Núcleo de Pesquisas e Publicações da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV-EAESP) um estudo entre as parcerias das Organizações Sociais da Saúde e o governo de São Paulo. Com entrevistas do secretário da Saúde na época (José da Silva Guedes) e o Coordenador da Coordenação de Contratação de Serviços de Saúde (responsável pelos Contratos de Gestão das OSS), além de representantes dessas organizações e referências de três hospitais por elas mantidos, o estudo com perspectiva no gerenciamento aponta as seguintes conclusões: a delegação da prestação direta dos serviços de saúde como uma experiência inovadora e um avanço em relação ao modelo SUS na possibilidade de fazer gestão da coisa pública nos critérios de eficácia e eficiência da gestão privada. Considera ainda uma vantagem sobre a privatização, observado que patrimônio permanece público e o poder público exerce a regulação dos serviços.

Ainda de acordo com o estudo (KEINERT, 2003), o contrato de gestão é mencionado como guia, por definir metas de atendimento quantitativo e qualitativo e os

²⁶ Informações colhidas no Currículo *Lattes* (2013).

²⁷ Idem.

valores do orçamento. Em questionamento sobre a intenção das entidades em se tornarem OS, o grupo formado pelas instituições de ensino alegaram possibilidade de ampliar suas atividades, abrindo espaço e geração de empregos para seus docentes e seus formandos. O segundo, formado pelas demais entidades, a motivação apresentada foi à possibilidade de crescimento da entidade filantrópica aliada ao momento propício da intervenção não estatal na administração pública. Finalizando como uma opção que apresenta bons resultados, a pesquisadora indica necessidade de atenção para a escolha da entidade gestora, a falta de previsão orçamentária para novos investimentos e modernização dos equipamentos.

Os escritos sobre as OSS advêm também de profissionais diretamente envolvidos com sua implantação, no caso estadual de São Paulo. Barradas Barata (secretário de saúde), com auxílio de Olímpio Bittar e outros também - publicaram em 2009 um estudo comparativo entre os hospitais da Associação Nacional de Hospitais Privados, os Hospitais sobre contrato /convênio de gestão (OSS e outros), os Hospitais da Administração Direta, Hospitais de Ensino do Governo do Estado, e os Hospitais de Ensino que prestam serviços ao SUS envolvendo 85 unidades da região Sudeste. Para os autores, apesar da avaliação superficial dos dados secundários, a importância está nas diferenças encontradas e que facultam ser responsáveis por características de cada um. Portanto:

A forma jurídica institucional, o tipo de vínculo dos funcionários, o modelo de relacionamento com o gestor ou com o comprador de serviços, a finalidade lucrativa, não lucrativa, de ensino, a localização geográfica são fatores que determinam o perfil administrativo, a demanda por serviços, com consequências na qualidade, na produtividade e nos custos dos programas e serviços prestados (BARATA *et al.* 2009, p.15).

Pesquisas envolvendo as organizações sociais pairam sobre outras perspectivas, como dos partidos políticos que acataram a lei federal, utilizando-a em suas unidades federativas. Schmidt (2011) analisou a organização partidária no país em relação à proposição federal do governo para adoção do modelo de OS. Como resultado, observou-se que, dispondo de estratégias para cada caso, houve orientação partidária e aprovação de acordo com o interesse do governo, tanto em âmbito nacional como estadual. A lei das OS foi aprovada pelo Congresso Nacional em 1998 e replicada em estados de base aliada ao governo federal, como forma de disseminação de sua política de desconcentração dos serviços públicos e redução do tamanho do aparelho estatal.

Constantemente relacionado ao tema, o modelo de gestão pública que repercutiu na Lei das OS também é objeto complementar nas pesquisas e pode ser incluído como indicação de seguimento da estratégia política do governo Fernando Henrique Cardoso:

O ideário da NGP (Nova Gestão Pública) hoje é compartilhado inclusive por parte daqueles que foram contrários à implantação das OS, tanto na União como nos estados, como no caso da proposta do ministro da Saúde, José Gomes Temporão (2007), de substituir o modelo atual de gestão dos hospitais pela chamada fundação estatal (SANO e ABRUCIO 2008, p 78).

Maximizar a parceria entre o governo e a sociedade civil não foi só política do governo que criou a Lei das OS e das OSCIPs. Baggenstoss e Donadone (2013) constataram a ampliação das organizações com tal propósito, como as qualificadas como OSCIPs²⁸. Em 2000 eram 22 e passaram a 66 em 2010. Contudo, é uma representação ínfima pela quantidade de OSCIPs com registros simples junto ao Ministério da Justiça, no Cadastro Nacional de Entidades de Utilidade Pública. Em 2011 era superior a 5.000 entidades e em consulta realizada em meados de 2013, o número encontrado era superior a 6.400 organizações registradas como OSCIPs, ou seja, aptas a receberem recursos do governo²⁹.

Sano e Abrucio (2008) citam que os instrumentos de *accountability* são grandes obstáculos para reformas democratizadoras da administração pública devido ao que denominam de “hipertrofia do Executivo”. Como resultado, as instituições de controle têm sido pouco efetivas na responsabilização das OS de saúde em São Paulo.

Outra perspectiva que envolve as considerações sobre OS são as focalizações nos contratos de gestão, como no estudo de Luedy, Mendes e Ribeiro Júnior (2012), considerados como ferramenta essencial para mudanças que geram resultados na melhoria do desempenho de um hospital universitário.

As OS também são investigadas em um interessante comparativo de liderança exercida por seus dirigentes e a teoria weberiana de dominação carismática. Para os autores Silva e Carvalho Neto (2012), apenas dois entre os nove entrevistados representam o tipo que Weber determina como liderança carismática e os demais situam o discurso numa escala progressiva entre carisma e burocratização. Constatou-se que o modelo de autoridade obedece a um processo em transição cada vez mais burocrática, limitada por artifícios da legalidade, menos voluntária e mais assalariada. Para os autores, o trabalho social de outrora podem ser base de questionamentos aos requisitados processos de humanização nas organizações.

Divulgações sobre o caso das OS extrapolam os limites do país, como no caso do livro encomendado pelo Banco Mundial denominado “Desempenho Hospitalar no Brasil

²⁸ De acordo com o Ministério da Justiça, a OSCIP que desejar ser qualificada deve apresentar balanço patrimonial e a demonstração do resultado do exercício, entre outros documentos necessários ao processo de Qualificação. Caso a OSCIP deixe de enviar estes documentos por três anos perde a qualificação.

²⁹ Pelos cadastros disponíveis no CNES, até 2000 eram registradas 66 OSCIPs, chegando a 642 no final do governo FHC. No final do primeiro mandato do governo Lula (2006), o número de OSCIPs registradas era de 3.620.

‘Em Busca da Excelência’”, de autoria de La Forgia e Couttolenc e publicado em 2009. Em um dos capítulos, os autores relacionam os arranjos organizacionais e seus resultados, indicando o caso das OSS em São Paulo como “o tipo de arranjo mais promissor” (LA FORGIA E COUTTOLENC 2009, p.13).

Ao finalizar esta revisão, citam-se duas teses que transcorrem entres os interessados em organizações sociais, especialmente seus próprios componentes.

Em 2002, Carneiro Junior³⁰ analisou o uso das organizações sociais como uma das principais estratégias para viabilizar a eficácia da ação pública por intermédio de instituições não estatais, proposto no plano diretor da reforma do aparelho estatal brasileiro, com vistas às possibilidades e limites dessa tendência na gestão pública. Buscou responder ao questionamento de que forma ocorre a delegação do Estado a agentes privados não contemplando, efetivamente, o controle público e a garantida à população da equidade ao acesso a saúde. Abordou a reforma do Estado e suas implicações, em específico na área da saúde, com a promulgação da Lei das OS. A investigação deu-se com base nas categorias analíticas da equidade no acesso e controle público nos serviços de saúde, com estudo em dois hospitais geridos pelas organizações.

Entre várias constatações, Carneiro Junior (2002) conclui que a equidade nos acesso a serviços de saúde e a efetivação no controle público não se demonstra como preocupação relevante constituída na organização do processo de trabalho e gestão das OSS. Apesar do pregado na reforma estatal, o poder público é o grande encarregado da prestação de serviços de saúde. Intermediado pelo terceiro setor da saúde, o financiamento é público em sua totalidade, tanto quanto o controle administrativo das OSS, mesmo que por indicadores qualitativos. O autor ressalta que esta modalidade de gestão não se apresenta como fator limitante para desenvolvimento das políticas públicas de saúde, podendo ser utilizado como aporte no gerenciamento da produção de serviços de saúde em aspectos como eficiência e eficácia. Para tanto, é necessário o poder público ter capacidade de se fazer presente nestas unidades de saúde:

Retendo e ampliando os espaços de formulação política, fomentando o desenvolvimento de mecanismos gerenciais e o controle público de gestão, e, assim, observando a defesa da justiça social como meta prioritária de sua intervenção (CARNEIRO JUNIOR 2002, p.225).

A segunda tese analisa a adoção de modelos centrados na administração privada de unidades de saúde no âmbito do SUS, em especial relacionado a elementos da

³⁰ Foram citadas anteriormente algumas partes de seu estudo nesta pesquisa.

gestão financeira exercido pelo governo paulista. Pahim (2009) faz sua revisão com base na reforma dos sistemas de saúde e suas configurações, no qual inclui regulação e arranjo de mercado. Traz ainda uma exploração no contexto orçamentário e financeiro do estado e os condicionantes da gestão financeira no gerenciamento das OSS.

Entre suas conclusões, Pahim (2009) considera que o contrato de gestão é um mecanismo de planejamento importante, porém na gestão financeira a Secretaria de Saúde do estado não gerou uma “lógica de controle financeiro por resultados” mediante a estratégia de retirar a responsabilidade de provisão de serviços públicos pelo setor privado, que opera em condições de atuação flexíveis. Entretanto, reconhece que o estudo não permitiu deduzir a relevância efetiva do que considera uma fragilidade do modelo OSS. Se o controle financeiro é frágil, não significa que não ocorre e o estudo indica que o monitoramento pode ser aprimorado.

Pahim (2009) finaliza suas considerações alertando sobre o risco de que em equivalência à flexibilidade administrativa do modelo OSS, embasados nas estratégias financeiras cuja medição é complexa, acabem patrocinando indevidamente o fortalecimento de subsistemas privados de saúde subsidiados pela redução da provisão de seus serviços e contribuir na fragilidade do sistema previdenciário.

Realizado reconhecimento de fatores, agentes, movimentos, entre outros que englobam a temática, passaremos para novo capítulo que trata de especificar a lei, conhecer aspectos que direcionam as ações governamentais e as organizações qualificadas por ela. Trata-se de uma etapa importante de aprofundamento que servirá de subsídio às discussões propostas nos próximos capítulos.

2 IMERSÃO NA LEI COMPLEMENTAR Nº 846/98

Introduzida a lei federal que instituiu a parceria entre o Estado e a sociedade, neste capítulo será comentada a versão estadual - lei complementar - e inclusa também a versão municipal³¹, ambas similares a inicial, com comentários aos diferenciais que se aplicam.

A Lei Complementar nº 846 foi assinada pelo governador Mário Covas em 04 de junho de 1998. Para uma entidade ser qualificada como OS, a lei estadual estabelece que seja pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e que tenha atividades voltadas à saúde ou a cultura. No caso federal, as atividades envolvidas são referentes ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. A lei do município de São Paulo foi direcionada apenas à saúde.

O controle das OS qualificadas fica, em responsabilidade externa, pela Assembleia Legislativa e pelo Tribunal de Contas e em responsabilidade interna, a cargo do poder executivo. O correspondente em nível municipal, ou seja, Câmara de Vereadores e Tribunal de Contas do Município e ainda o poder executivo municipal.

No segundo artigo da lei, define as condições para qualificação. Entre eles, comprovar o registro de sua constituição com objetivo de natureza social e finalidade não lucrativa. Os possíveis excedentes deverão ser investidos na entidade e é negada qualquer distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido. É também expressamente determinado ter como órgãos de deliberação superior e de direção, um Conselho de Administração e uma Diretoria, definidos nos termos do Estatuto. Na sua constituição, no caso da lei paulista, é necessária a participação de membros da comunidade, “de notória capacidade profissional e idoneidade moral”³². Em caso de associação civil, requer previsão no estatuto para aceitação de novos associados. Caso ocorra extinção ou desqualificação da entidade, seu patrimônio deverá ser repassado para outra entidade qualificada ou mesmo ao estado.

Os relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão deverão ser publicados anualmente no Diário Oficial do Estado.

Atendendo aos requisitos e tendo aval favorável do Secretário de Estado da área correspondente, a entidade está apta a ser qualificada.

³¹ Lei nº 14.132, de 24 de Janeiro de 2006.

³² Parágrafo I - Item “D”.

A lei determina especificamente a composição e o papel do Conselho de Administração. Na formação deve constar:

- a) até 55 % (cinquenta e cinco por cento) no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;
- b) 35% (trinta e cinco por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;
- c) 10% (dez por cento) de membros eleitos pelos empregados da entidade;

É vedado participação nos conselhos de parentes até 3º grau do governador, vice e secretários de estado. Os conselheiros terão mandato de quatro anos, podendo ser reconduzidos ao cargo e não lhes é permitido receber remuneração. No caso de exercerem funções executivas, deverão renunciar. Conselheiros, administradores e dirigentes da OS não podem exercer cargo de chefia ou função de confiança junto ao SUS. O Conselho Administrativo deverá ter, no mínimo, três reuniões anuais.

Entre as atribuições do Conselho, estão: aprovar a proposta de contrato de gestão, o orçamento e o programa de investimentos; designar, dispensar e fixar remuneração dos membros da Diretoria; aprovar estatuto, regimento interno, relatórios gerenciais e de atividades da entidade; fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas, entre outros.

O sexto, sétimo e oitavo artigos envolvem o Contrato de Gestão. Indicam o contrato como instrumento de fixação da parceria entre Estado e OS, sendo dispensável a licitação para sua celebração, mas determinam que a entidade deva observar os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no artigo 198 da Constituição Federal³³ e no artigo 7º da Lei nº 8080³⁴, de 19 de setembro de 1990. O Poder Público deve evidenciar as convocações públicas das organizações sociais para firmar cada contrato de gestão, indicando as atividades que deverão ser executadas e das entidades que manifestarem interesse em celebrar o contrato. Após o processo de escolha, o contrato discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da entidade, devendo também ser publicado.

Além dos princípios inscritos no Artigo 37 da Constituição Federal³⁵ e no Artigo 111 da Constituição Estadual³⁶, o contrato também precisa seguir algumas

³³ O artigo prevê que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, como descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

³⁴ Reforça o previsto no Art. 198 da Constituição, onde as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no referido artigo.

³⁵ Trata o artigo que a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

determinações como: especificação do programa de trabalho proposto, tais como metas, prazo, previsão dos critérios objetivos de avaliação de desempenho mediante indicadores de qualidade e produtividade; estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração; atendimento exclusivo aos usuários do SUS. Demais cláusulas serão estipuladas pelo Secretário de Estado.

A lei apresenta como devem ser a execução e as fiscalizações do Contrato de Gestão. A fiscalização da execução do contrato fica a cargo do Secretário de Estado. O Poder Público tem o direito de, a qualquer momento, solicitar relatórios pertinente à execução do contrato, a serem também publicados no Diário Oficial. Precisa ser estabelecida uma Comissão de Avaliação por profissionais de notória especialização³⁷ que visa analisar os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão, emitir relatório conclusivo a ser encaminhado à Secretaria e órgãos de controle interno e externo. A comissão tem a obrigação de enviar trimestralmente relatório de suas atividades à Assembleia Legislativa.

Se for constatada alguma irregularidade pela fiscalização, deverá ser encaminhada denúncia ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público, para as providências. Pode também qualquer cidadão, partido político ou mesmo outras entidades fazerem denúncias quando houver indicativos.

O fomento às atividades sociais ocorre por destinação dos recursos orçamentários e, se necessário, por bens públicos para cumprir o contrato. Para tanto, é assegurada a liberação de recursos de acordo com o cronograma de desembolso previsto, além de ser adicionados recursos de acordo com justificativas plausíveis. Se houver necessidade, também poderão ser substituídos os bens móveis públicos.

Para o servidor que tiver interesse, o afastamento para as organizações sociais é permitido, com ônus para a origem. Contudo, não será incorporada à remuneração de origem do servidor afastado qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela organização social e também não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente por OS a servidor afastado com recursos provenientes do contrato de gestão.

A desqualificação pode ocorrer quando verificado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão. Será precedida de processo administrativo que

³⁶ Artigo 111 - A administração pública direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes do Estado, obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, razoabilidade, finalidade, motivação e interesse público.

³⁷ É indicado na composição, dentre outros membros, por dois integrantes indicados pelo Conselho Estadual de Saúde e duas vagas para membros integrantes da Comissão de Saúde e Higiene da Assembleia Legislativa.

assegure o direito de ampla defesa. Em efetivado a desqualificação, importará reversão dos bens permitidos e do saldo remanescente dos recursos financeiros ao Estado.

Entres as disposições finais, fica determinado que, se a entidade que deseja ser qualificada como OS já possuir mais de cinco anos de atuação na área, terá mais dois anos para adequação do estatuto de acordo com o disposto na lei.

Algumas outras diferenças entre as leis federal, estadual e municipal. No caso da federal, há exigência de participação do Poder Público nos órgão de deliberação. No caso municipal, a exigência é de participação de representantes dos empregados da entidade. O percentual de composição do conselho é diferenciado no caso federal, ficando, por exemplo, com 20 a 40% e membros natos representantes do Poder Público. O caso municipal segue o estadual. São diferenças que podem ser consideradas adequações, e também consideradas as alterações em relação aos níveis governamentais.

Ainda para compor este capítulo e por sua consequência, será explanado o Contrato de Gestão, ferramenta que serve aos propósitos da lei e que também irá servir de subsídio às discussões posteriores.

2.1 O Contrato de Gestão

Os contratos de gestão tornaram-se uma ferramenta de relevância no processo de parceria entre o governo e a organizações sociais. Por meio deste instrumento, são dadas as diretrizes em que as OS devem atuar. O documento³⁸ que formaliza a ação no local em que atua - no caso desta pesquisa, o hospital. Ele estipula valores a serem recebidos, ainda quais são os atendimentos realizados e número de atendimentos e medidas de desempenho. Delimita quantitativamente as ações das OSS nos hospitais. Como aspectos em destaque da Lei complementar 846, o próprio governo estadual³⁹ cita:

- a criação de um Contrato de Gestão, caracterizado como um acordo firmado entre o poder público e a entidade qualificada como OSS, que permite a definição das metas e do tipo de assistência à saúde a ser desenvolvido pelo serviço.

³⁸ Junto ao Anexo C há um modelo de Contrato de Gestão que pode ser conferido.

³⁹ As informações constam no sítio eletrônico da Secretaria da Saúde. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/ses/acoes/organizacoes-sociais-de-saude-oss>. Acesso em: 01 nov. 2011.

Um Contrato de Gestão efetiva o alicerce da relação entre Estado e OS. Todavia, a própria escolha da OS para gerenciar um hospital - que é feita pessoalmente pelo Secretário de Saúde estadual ou municipal, considerando o histórico da entidade junto à sociedade - subsidia um 'contrato' anterior sustentado nas relações pré-existentes.

Conhecer o Contrato de Gestão torna-se compromisso perante este estudo. Para Alcoforado (2010, p.05),

É o instrumento que rege a relação de contratualização entre a Entidade Supervisora e a Organização Social. Através dele o Estado transfere recursos para a realização dos serviços e define obrigações e responsabilidades de parte a parte. Essas obrigações vão desde a própria realização do serviço público que está sendo transferido, guarda e conservação de patrimônio, regras de controle e, conforme o caso, até a captação de mais recursos.

As secretarias de saúde são as responsáveis pelo contrato, mas ambas definiram uma instância específica para formulação, acompanhamento e monitoramento. No caso estadual⁴⁰, a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS) e no município de São Paulo, o Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde.

O Contrato tem início com o motivo de sua celebração, no caso a prestação de serviços em saúde, e a apresentação das partes: a secretaria e quem é o responsável por ela e a OSS e seu responsável.

O Objeto do contrato consta na primeira cláusula, ou seja, a operacionalização da gestão e execução dos serviços de saúde no hospital estabelecido. Também se relaciona os anexos, que são a descrição de serviços, sistema de pagamento e indicadores de qualidade.

Na segunda cláusula, a descrição das obrigações da OSS contratada. Entre os vários itens, definição de atendimento exclusivo ao SUS⁴¹ (atendimento público), responsabilidade por indenizações decorrentes de seus profissionais, administração dos bens móveis e imóveis até sua restituição ao estado com transferência integral do patrimônio - inclusive doações, contratação de pessoal e responsabilidade por todos os encargos trabalhistas. Sobre este tópico, estão limitadas as despesas com o pagamento de remuneração e vantagens a dirigentes e empregados a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades. Além disso, os valores salariais pagos não podem exceder o praticado na rede privada. Ainda, é estabelecida a instalação de Serviço de Atendimento do

⁴⁰ As informações foram obtidas junto ao site da secretaria (www.saude.sp.gov.br) e no Portal da Transparência (www.transparencia.sp.gov.br) em diversos acessos.

⁴¹ Houve, em 2011, publicação de lei estadual conhecida como "lei da dupla porta", permitindo que até 25% das vagas de hospitais públicos geridos por OS (Organizações Sociais) seriam usadas por pacientes particulares e com planos de saúde - para dois hospitais: o ICESP (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo) e o Hospital de Transplantes. O Tribunal de Justiça suspendeu a lei.

Usuário e o envio de seus relatórios mensais à secretaria. Muito destaque aos direitos dos pacientes, como atendê-los com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, direito de ser assistido religiosa e espiritualmente, permitir a visita em caso de internação, entre outros.

Na cláusula das obrigações da contratante: prover a contratada com os meios necessários para execução do contrato, garantir orçamento, permitir o uso de bem móveis e imóveis, promover o afastamento de funcionários públicos para exercício na OS e, finalmente, analisar a capacidade e as condições de prestação de serviços.

Na sequência, a avaliação - realizada pela Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão (no caso do estado), o acompanhamento feito pela CGCSS, o prazo de vigência (estabelecido em cinco anos, podendo ser renovado), os recursos financeiros (especificados no anexo do contrato) e formas de pagamento, possíveis alterações contratuais⁴², rescisão e penalidades do contrato.

Assinados pelas partes interessadas, o contrato contempla ainda os anexos. No caso do I Anexo Técnico, referente à Descrição dos Serviços, são pormenorizadas as formas de atendimento, como no observado no Quadro 2.1.1.

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

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, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial, ou outros).

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 hospitalares 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.

Em caso de hospitalização, 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 SAI - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela CONTRATANTE.

Quadro 2.1.1 - Descrição de Serviços do Contrato de Gestão

Fonte: Contrato de Gestão Hospital Mário Covas, 2007 - SES/SP.

⁴² Deverão conter a declaração de interesse de ambas as partes e ser autorizado pelo Secretário de Saúde.

As descrições das ações seguem para Assistência Hospitalar, Hospital Dia⁴³ e Cirurgias Ambulatoriais, Atendimento a Urgências Hospitalares, Atendimento Ambulatorial e, no caso de implantação - Programas Especiais e Novas Especialidades de Atendimento - também deve seguir um protocolo estabelecido pelo governo.

Na Estrutura e Volume das Atividades Contratadas é especificada a quantidade mensal de cada atendimento (como internação clínica e psiquiátrica, cirurgias ambulatoriais, primeira consulta, terapias), dependendo de cada contrato. É pertinente recordar que os atendimentos são limites mínimos, o hospital pode fazê-los a mais, contudo não receberá por eles.

Para finalizar o primeiro anexo do contrato, a reiteração para prestação de informações à secretaria, com dados contábeis e financeiros, indicadores de qualidade estabelecidos para a unidade, custos, censo de origem dos pacientes atendidos e pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

No segundo Anexo Técnico é especificado o sistema de pagamento. De acordo com as modalidades de serviços prestados pelo hospital, a OSS tem um recurso destinado, como exemplo, o item “Internação” (normalmente o maior percentual é destinado a ele). Assim, somadas todas as modalidades tem-se o valor do contrato anual. Este valor, reduzidos 10%, é dividido em doze parcelas pagas mensalmente. Os 10% é a parte variável, estabelecido que, caso o hospital não alcance os indicadores de qualidade, que será detalhado posteriormente.

Caso o hospital não tenha internações (por exemplo) correspondentes ao número estabelecido no Contrato de Gestão, terá desconto do recurso destinado àquela modalidade dentro de um percentual, conforme exposto no Quadro 2.1.2:

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internação	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 94,99% 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\$)

Quadro 2.1.2 - Número de internações versus percentuais a serem pagos

Fonte: Adaptado de ‘Contrato de Gestão do Hospital Geral de Itapeverica da Serra’ (2007) – SES

⁴³ Identificado pelo SUS como assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar máxima de 12 (doze) horas.

O exemplo exposto é da área de internação, mas envolve todas as áreas em que o hospital presta atendimento, como Hospital Dia, Atendimento Ambulatório, etc. Tem-se demonstrado então que os números estipulados de atendimentos, se não forem cumpridos, também podem gerar redução nos recursos a serem recebidos pela OS mantenedora do hospital. O que não ocorre no acaso de atendimentos superior ao estabelecido. Foram constatadas variações nos percentuais de contratos observados.

Encerrando o Contrato de Gestão, o Anexo III é destinado aos indicadores de qualidade.

Os Indicadores de Qualidade (conforme Quadro 2.1.3) são relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada, aferindo aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. Os indicadores têm sua complexidade crescente e gradual, de acordo com o tempo de funcionamento da unidade mantida.

Pesos Percentuais dos Indicadores Definidos para o Ano de 2007				
Indicador	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Melhoria Contínua em Obstetrícia	25%	25%	25%	25%
Controle de Infecção Hospitalar	25%	25%	25%	25%
Mortalidade Operatória	25%	25%	25%	25%
Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	25%	25%	25%	25%

Quadro 2.1.3 - Exemplos dos Indicadores no Contrato de Gestão

Fonte: Contrato de Gestão do Hospital Geral de Pedreira/2007⁴⁴

Trata-se de um aporte que se utiliza como forma de garantir que os serviços estipulados às OSS sejam cumpridos satisfatoriamente e sua avaliação considera pelo trimestre. De acordo com a avaliação dos índices alcançados, a OS recebe a parte de 10% ‘variável’ do orçamento anual. De suma importância, porém com aspectos subentendidos, a secretaria informa que anualmente dispõe de Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores.

Para verificar se as metas foram atingidas, a Secretaria de Saúde faz avaliação dos dados recebidos por um sistema de informações hospitalar criado por ela e implantado nos hospitais, além de relatórios e formulários estabelecidos previamente.

⁴⁴ Todos os Contratos de Gestão e Alterações vigentes estão disponíveis no Portal da Transparência de SP (www.transparencia.sp.gov.br)

3 ESCLARECIMENTOS DE PREFERÊNCIAS, MOTIVAÇÕES E ESCOLHAS

A leitura na mídia de manchetes como “Hospital público gerenciado pela Organização Y recebeu verbas do governo no valor de X”, “Entidade que gerencia hospital público afirma...”, “Governo afirma repasse de verbas a entidade mantenedora do Hospital H”, começaram a despertar a atenção da pesquisadora. Muitas das manchetes não se tratavam apenas de informações, mas também de denúncias, como “Cidade tem falta de médicos em unidades de saúde após Instituto X deixar gestão; Santa Casa fica ‘sobrecarregada’”, “Vereadores aprovam novo projeto autorizando gestão terceirizada na Saúde”, entre outros são exemplos de destaques que atraíram o interesse em saber mais sobre o tema. O hospital público gerenciado por uma entidade com o aval do governo, que transformações ocorreriam efetivamente?

Conhecer tais organizações que gerenciavam os hospitais públicos nos levou, inicialmente, às OSCIPs - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público. Os estudos demonstraram então que estas entidades são organizações criadas por força da Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, também denominada como Lei do Terceiro Setor. Observou-se a diversidade dessas organizações: são inúmeras, atuando em áreas da saúde, cultura, educação, meio ambiente, segurança. As entidades que recebem qualificação de OSCIP precisam ser registradas junto ao Ministério da Justiça, que dispõe ao público por meio de endereço eletrônico⁴⁵ as informações básicas sobre elas. Na consulta realizada em março de 2013, eram qualificadas 6.371 entidades como OSCIPs.

No reconhecimento da Lei do Terceiro Setor, a pesquisadora soube que esta era consequência da Lei das Organizações Sociais - Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. A criação da lei para OSCIP ocorreu por manifestação da comunidade do Terceiro Setor (O nome da ex-primeira dama Ruth Cardoso é encontrado como referência) porque a Lei das OS - promulgada anteriormente - não teria atendido aos anseios dessa comunidade. A diferença básica entre as duas está na caracterização da aplicação: as OS são organizações qualificadas para realizar os serviços já prestados pelo governo (saúde, cultura, educação, estabelecidos em lei), enquanto as OSCIPs são entidades que buscam se qualificar como tal e, se o governo entender como apropriado, pode apoiar ou promover tais ações (além da saúde e cultura pode envolver questões do meio ambiente, tráfico de pessoas, indígenas, turismo, crédito popular).

⁴⁵ Site do Ministério da Justiça para consulta: <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJ59319A86PTBRIE.htm>

Então a decisão de optar pelo estudo das organizações sociais, como caráter de limitação e diferenciação. As OS podem ser consideradas como extensão do governo, considerado que realizam serviços outrora por ele feitos. No caso das OSCIPs, elas também podem fazê-los - há casos de gerenciamento de hospitais do mesmo modo -, mas como observamos a atuação é mais abrangente e não limitada a atuação estatal.

Conforme referido anteriormente, ao publicar a lei das OS o governo federal também anunciou a criação de duas entidades qualificadas, como forma de promoção dos objetivos que desejava obter - na área da cultura e tecnologia. A pesquisa então se direcionava a encontrar as demais OS qualificadas, inicialmente em âmbito federal.

As literaturas do instituidor da lei dariam ‘pistas’ sobre a situação. A proposta de reforma do estado teve início com Bresser Pereira em 1995. Em 1998 foi publicada a lei das OS. O Partido dos Trabalhadores, junto ao Partido Democrático Trabalhista, foi contrário à lei, ajuizando uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 1923). Era um ponto negativo na recente ‘vida’ das OS, que levantaria questionamentos nas possíveis novas organizações. No entanto elas foram instituídas. Em artigo sobre a reforma, Bresser Pereira (2009) indica que houve qualificação de outras organizações sociais e menciona:

O governo Lula tem criado OS de forma oblíqua, servindo-se do modelo genérico autônomo para constituir organizações como a AGEVAP, APEX e ABDI. O risco é que o modelo de vinculação a resultados destas instituições não é tão robusto quanto das OS (p. 04).

A lei das OS indicava que o Programa Nacional de Publicização seria criado para estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação e que cada organização prestaria contas ao setor público correspondente. Sobre o contrato de gestão, a lei indica que “Ministros de Estado ou autoridades supervisoras da área de atuação da entidade devem definir as demais cláusulas dos contratos de gestão de que sejam signatários” (BRASIL, 1998). Eram pontos da lei que requeriam maiores esclarecimentos e que pesavam contra a instituição de novas organizações sociais.

Prosseguindo na localização de OS ‘federais’ que pudessem subsidiar a pesquisa, se avançou por bibliografias, entidades, por ministérios - como no da Justiça⁴⁶, secretarias, etc. Os indícios que outrora foram relacionados sobre a ADI 1923, as dificuldades de implantação como no remanejamento do quadro de pessoal das entidades qualificadas e o provimento financeiro (MARTINS, 2003) levaram a pesquisadora à Secretaria de Gestão

⁴⁶ O Ministério da Justiça disponibiliza o Cadastro Nacional de Entidades de Utilidade Pública - CNES, com informações sobre entidades qualificadas como OSCIP, Utilidade Pública Federal (UPF) ou Organização Estrangeira.

(SEGES), que em 2012 passou a fazer parte da Secretaria de Gestão Pública, vinculada ao Ministério do Planejamento⁴⁷.

No último relatório disponibilizado pela ainda SEGES (2008) que consta a relação das OS federais, têm-se as informações apresentadas no Quadro 3.1.

Entidade	Localização	Órgão Supervisor
Associação Brasileira de Tecnologia Luz Síncrotron	Campinas/SP	Ministério da Ciência e Tecnologia
Instituto de desenvolvimento Sustentável Mamirauá	Tefé/AM	Ministério da Ciência e Tecnologia
Associação Instituto de Matemática Pura e Aplicada	Rio de Janeiro/RJ	Ministério da Ciência e Tecnologia
Associação Rede Nacional de Ensino e Pesquisa - RNP	Rio de Janeiro/RJ	Ministério da Ciência e Tecnologia
Centro de Gestão e Estudos Estratégicos - CGEE	Brasília/DF	Ministério da Ciência e Tecnologia
Assoc. de Comun. Educativa Roquette Pinto - ACERP	Rio de Janeiro/RJ	Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica

Quadro 3.1 - Organizações Sociais com Contrato de Gestão acompanhadas pela SEGES

Fonte: SEGES, 2008

Em levantamento anterior realizado por Guimarães (2003), constavam cinco OS como apresentado - tendo como fonte também a SEGES:

Existiam, em novembro de 2001, cinco OS em nível federal, estruturadas segundo os moldes da lei no 9.637/98. Essas organizações foram criadas no período de janeiro de 1998 a março de 2001 e três delas, 60% do total, são supervisionadas pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, uma pela Secretaria de Comunicação da Presidência da República e a outra pelo Ministério do Meio Ambiente (p.103).

A Associação Brasileira para o Uso Sustentável da Biodiversidade da Amazônia foi desqualificada como OS, de acordo com informação obtida junto ao Superior Tribunal de Justiça⁴⁸, e não consta na relação da SEGES referente ao ano 2007. Outras duas OS acrescidas são Associação Rede Nacional de Ensino e Pesquisa e o Centro de Gestão e Estudos Estratégicos.

Em 2003, houve a posse do novo presidente da República - Luis Inácio Lula da Silva - e também a troca de ministros e mudanças ministeriais. Retomando, o Partido dos Trabalhadores foi contrário a lei das OS, assim com as alterações ministeriais a utilização das OS em nível federal tinha motivos para cessar, mas não as discussões sobre elas. Alternativas

⁴⁷ Disponível em <http://www.planejamento.gov.br/secretaria.asp?cat=162&sec=6> Acesso em: 23 abr. 2013.

⁴⁸ Para conferência: http://www.stj.gov.br/portal_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=368&tmp.texto=76788

foram criadas pelo novo governo, como as fundações estatais, no entanto não serão abrangidas neste estudo.

Desta forma, o lócus da pesquisa, que é o hospital público, não estaria contemplado em âmbito federal.

Passou a pesquisa para âmbito estadual. Nesta parte, localiza-se o estudo de Viviane Schmidt (2009) que relaciona os partidos políticos frente às propostas das OS. Consideradas as eleições de 1994, 1998 e 2002, a autora constatou:

É possível observar que todos os estados em que foi aprovada a legislação sobre OS eram governados, no período da aprovação legislativa, por partidos de orientação ideológica de centro ou direita (PSDB, PMDB, PFL), componentes da coalizão de governo de FHC. Da mesma forma, é possível ainda observar que nenhum estado cujo governo fosse de políticos eleitos por partidos de esquerda (PT, PDT, PSB) adotou a proposta das OS (p. 221).

Os estados que aprovaram legislação estadual referente OS foram: Maranhão em 1998; Sergipe em 2003; Goiás em 2005; Ceará em 1997; São Paulo em 1998; Espírito Santo em 1999; Bahia em 2003; Santa Catarina em 2004, Pernambuco em 2000, Pará em 1996; além do Distrito Federal em 1999. Alguns estados promulgaram sua lei ou projeto antes da lei federal, entretanto o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado já estipulava a criação das organizações sociais e sua elaboração foi em 1995.

Estas informações auxiliaram na definição do estudo ser realizado então em São Paulo, concomitante a expressiva representação política e a econômica do estado. Ainda na definição pela amostra da pesquisa, contabilizam-se favoravelmente a publicação da Lei Complementar nº 846 em 04 de junho de 1998, pelo governo paulista, mês seguinte ao da lei federal. As indicações favoráveis à experiência paulista por Bresser Pereira cooperaram para a escolha. O governador Mário Covas, que promulgou a Lei 846, foi um dos fundadores do Partido da Social Democracia Brasileira, junto com o então presidente Fernando Henrique Cardoso (em 1988).

A lei estadual também qualificava como OS as entidades na área da cultura (Lei 846) e, com a Lei Complementar nº 1.095, de 18/09/2009, estendeu-se para área de esportes, institutos voltados ao atendimento ou promoção dos direitos da pessoa com deficiência física, além das fundações de apoio aos hospitais de ensino com mais de dez anos de existência. A pesquisadora, ainda na ideia inicial motivada pelas publicações na mídia com ênfase na saúde, optou por desconsiderar as demais áreas (cultura, esportes, tecnologia), tornando esta mais uma baliza na pesquisa.

A Secretaria de Saúde, instância estadual responsável pelas OS, especifica quais são as unidades que “atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde” (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2013). São eles: Hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME), Centro de Referência do Idoso, Centros de Reabilitação da Rede Lucy Montoro, Centros Estaduais de Análises Clínicas, Serviços de Diagnóstico por Imagem, Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde e Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde.

Em 2013, no andamento da pesquisa, eram relacionadas 32 entidades qualificadas como Organizações Sociais no estado de São Paulo⁴⁹. Essas entidades gerenciam as unidades de saúde indicadas pelo governo. Como são hospitais, ambulatórios, central de regulação, centrais de armazenamento e distribuição, entre outros, vários ambientes com diferentes formas de organizações, então novamente houve a necessidade de limitar a amostra das OS. De tal modo, igualmente direcionado ao objeto da pesquisa - o hospital -, optou-se por estudar apenas as OS qualificadas mantenedoras de hospitais públicos. Acompanhemos no Quadro 3.2 as organizações sociais, localização destas, data de qualificação e hospitais por elas geridos.

Foram relacionados os hospitais gerais, estaduais, regionais e municipais, desta forma supriu-se, por exemplo, o Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário (mantido pela Irmandade da Santa Casa), institutos, maternidades e outros que possuem atendimentos especializados. Tem-se uma amostra para pesquisa de 24 hospitais mantidos por dez organizações qualificadas como Organizações Sociais em nível estadual - aos quais foram somados dois hospitais municipais e uma OSS, conforme esclarecido a seguir.

O encaminhamento deste estudo aludia ser ampliado a outros níveis de governo. O objeto - hospital - torna-se um espaço diferente na gestão por OS, considerando-se que ele é municipalizado? Se sim, em quais aspectos a mudança ocorre: na propriedade, na gestão, no trabalho? Ou em todos? A seguir, algumas considerações que devem contribuir para esse direcionamento da pesquisa.

Silva Guedes foi secretário de saúde no período de implantação das OS nos hospitais estaduais paulistas. Ele se intitula como ‘militante da saúde’ e participante ativo da implantação do SUS, todavia sem utilizar a nomenclatura de sanitarista. Sua formação é em

⁴⁹ Das entidades qualificadas junto ao estado de São Paulo, 19 tem vinculação religiosa, 05 são fundações diretamente ligadas à pesquisa e as demais se distribuem entre institutos (como o Instituto do Câncer), fundações e outras formas de representatividade.

medicina na Universidade de São Paulo e seu doutorado (1973) em saúde pública, também na USP. Desde 1976 consta como professor na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Entre 1983 e 1985 foi secretário de saúde do município de São Paulo. Sua experiência como profissional e com a formação em saúde pública seguramente contou favoravelmente na opção por OS no estado (secretário estadual de saúde entre 1995 e 2002).

OSS	Qualificação	Hospitais mantidos
Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera, São Paulo	27/06/1998	- Hospital Geral de Itaquaquecetuba - Hospital Geral do Itaim Paulista
	11/07/2006*	- Hospital Municipal Cidade Tiradentes
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus Jaci-SP	04/09/2007	- Hosp. Reg. de Presidente Prudente - Hospital Estadual João Paulo II - Hospital Regional Porto Primavera
Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina - SPDM São Paulo-SP	08/10/1998	- Hosp. Clínicas 'Luzia de Pinho Melo' - Hospital Brigadeiro - Hospital Estadual de Diadema - Hospital Geral de Pirajussara
Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM. São Paulo-SP	20/07/2006*	- Hospital Municipal M'Boi Mirim
Cruzada Bandeirante São Camilo de Assistência Médico Social Cotia, São Paulo	02/12/2008	- Hospital Geral de Carapicuíba - Hospital Geral de Itapevi - Hospital Geral de Pedreira
Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência HCFMRPUSP - FAEPA Ribeirão Preto-SP	23/03/2011	-Hospital Estadual de Ribeirão Preto
Fundação do ABC Santo André –SP	08/12/2006	- Hospital Estadual Mário Covas de Santo André
Fund. Desenvolvimento Médico-Hospitalar - FAMESP Botucatu-SP	28/07/2011	- Hospital Estadual de Bauru
Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês - IRSSL São Paulo-SP	01/12/2009	- Hospital Geral do Grajaú
Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo São Paulo-SP	14/12/1999	- Hospital de Franco da Rocha - Hosp. Estadual de Francisco Morato - Hospital Geral de Guarulhos
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo- SECONCI São Paulo-SP	19/10/1998	- Hospital Estadual de Sapopemba - Hospital Geral de Itapeçerica da Serra - Hospital Estadual de Vila Alpina - Hospital Regional de Cotia

Quadro 3.2 – Relação das OSS, data de qualificação e seus hospitais geridos

Fontes: Portal da Transparência de São Paulo e Prefeitura de São Paulo

* Qualificação pelo município de São Paulo

Em material de sua autoria em que presta informações sobre o período em que esteve à frente da secretaria estadual de saúde, Guedes (2003) elenca alguns pontos que contribuíram nesta ocasião também a incorporar a gestão municipal paulistana. Teve início com o que afirmou serem cinco temas direcionadores das políticas públicas paulistas: garantir

a implantação do SUS; apoio a rede filantrópica⁵⁰; garantida de distribuição gratuita de medicamentos; término das obras paradas em governos anteriores; aprimorar o sistema de vigilância sanitária e epidemiológica.

Dois desses temas apresentam-se como bem pertinentes para nosso estudo: a intenção de apoio à rede filantrópica e o término de obras não finalizadas. Em verdade, são dois fatores que se inserem na implantação das OS, pois os ‘novos’ hospitais (obras que o governo Covas inaugurou) tiveram suas portas abertas ao atendimento público com o gerenciamento por OS (filantrópicas, pois a lei determina que não tenham fins lucrativos e que já atuassem na saúde).

Silva Guedes alegou que eram 22 esqueletos de hospitais que precisavam ser finalizados, mas lembra de que a estrutura física não era a principal questão: viria junto à contratação de pessoal e manutenção de toda a estrutura. O governo tem limites de investimento por área em seu orçamento e a saúde estaria ultrapassando se fossem colocados em funcionamento e ‘assumidos’ os novos hospitais pelo estado. Reforçava então a opção ‘OS’, pois a verba direcionada a elas não é contabilizada como ‘saúde’ no orçamento.

O discurso de descentralização, de eficiência na gestão, repasse de serviços para manter um estado provedor e regulador e ainda incentivo à participação social assemelham-se aos proferidos pelo ministro do MARE, da fala neoliberal.

No que concerne ao município de São Paulo, Guedes (2003) não economizou argumentos para repreender a gestão. Segundo ele, até 2001 o município de São Paulo não havia se integrado ao SUS e mantinha uma política diferenciada, implantada pelo prefeito Paulo Maluf e mantida pelo sucessor Celso Pitta, denominada Plano de Atendimento à Saúde⁵¹. As dificuldades que a rede tinha em fornecer medicamentos e diagnósticos, segundo Silva Guedes (2003), faziam com que a rede estadual fosse tomada pelos municípios como alternativa e forçando o estado a avigorar o atendimento nos hospitais estaduais localizados no município de São Paulo. Assim, as prioridades foram direcionadas:

- cinco novos hospitais nas regiões mais carentes da cidade de São Paulo – 1.100 leitos (Itaim Paulista, Grajaú, Pedreira, Vila Alpina e Sapopemba);
- oito novos hospitais na Grande São Paulo – 1.920 leitos (Pirajussara, Itapeçerica da Serra, Carapicuíba, Itapevi, Itaquaquecetuba, Guarulhos, Santo André e Diadema) (GUEDES, 2003 p. 237).

⁵⁰ Silva Guedes explica que a rede filantrópica era “a verdadeira rede do SUS, pois ela sempre foi considerada uma rede pública não estatal” (2003, p. 229).

⁵¹ A proposta do PAS implantado em 1995 era a transferência da gestão da saúde municipal para o modelo de cooperativas, compostas por médicos que faziam parte do quadro de funcionários da prefeitura de São Paulo. A ideia central era de desestatização. No período em que foi mantido, o programa foi alvo de inúmeras críticas, além de investigações por desvios de recursos públicos e processos judiciais.

Então, em nova legislatura municipal, desta vez com Marta Suplicy (em 2001), houve reestruturação do atendimento na saúde e a cidade de São Paulo faz sua adesão ao SUS, contando ainda com os novos hospitais implantados pelo estado no município e região.

Em 2006, então na governança do prefeito José Serra, foi promulgada a Lei nº 14.132, de 24 de Janeiro do corrente ano para qualificação de Organizações Sociais. A lei municipal é similar a estadual, apenas a abrangência se restringiu a área da saúde, inicialmente. Em 2008, com a Lei nº 14.664, passa a atender também as áreas de esportes, lazer e recreação.

Ainda é pertinente repassar que, também neste caso, a escolha da OS também não ocorre por licitação. Se houver interesse de mais alguma OS para gerenciamento de uma unidade a disposição, o secretário de saúde irá decidir por uma das organizações que se apresentaram. As delimitações da gestão ficam a cargo do Contrato de Gestão e a prestação de contas deve ser feita mensalmente, enviada a uma comissão de avaliação presidida pelo secretário de saúde. A participação social é exigida também na formação do conselho administrativo da organização a ser qualificada.

Em 2013, no município de São Paulo estavam cadastradas 24 organizações sociais em todas as áreas permitidas em lei. Nos contratos de gestão mantidos então na secretaria de saúde - para contribuição nesta pesquisa -, estão relacionadas 11 organizações sociais. Destas, algumas são atuantes na saúde estadual, como SECONCI, Casa de Saúde Santa Marcelina e SPDM.

Entre os serviços mantidos por OS na cidade, também em 2013, há um hospital infantil, prontos-socorros, Centro de Especialidades Odontológicas, Centros de Convivência e Cooperativa, Unidades Básicas de Saúde, entre outros. No caso da prefeitura de São Paulo, houve a distribuição de alguns serviços as OS por região⁵², onde o atendimento dessas unidades de saúde de uma região compõe o ‘pacote’ de serviços de saúde a serem gerenciados pela OS escolhida.

Com focalização no objeto desta pesquisa, é importante ressaltar que, de acordo com a distribuição do SUS, o município é responsável pelo atendimento primário⁵³,

⁵² O Contrato de Gestão 0008 (2008), assinado entre a Secretária de Saúde e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo pode demonstrar a constatação: com o propósito de gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos na microrregião Jaçanã/Tremembé engloba as unidades CAPS Adulto do bairro, CECCO Jaçanã/Tremembé, além das UBS Dona Mariquinha Sciascia, Horto Florestal, Jaçanã, Jardim Apuanã, Jardim das Pedras, Jardim Fontalis, José de Toledo Pisa, Jardim Flor de Maio, Parque Edu Chaves, Vila Albertina, Vila Nova Galvão e Jardim Joamar.

⁵³ O SUS tem atendimento de forma hierarquizada: 1- Nível Primário: Posto de Saúde e Centro de Saúde, de responsabilidade dos municípios; 2 - Nível Secundário: Ambulatório Geral, Unidade Mista, Hospital Local e Hospital Regional, de responsabilidade dos estados; 3 - Nível Terciário: Ambulatório de Especialidades,

feito em especial através das Unidades de Saúde da Família, por exemplo. Portanto, nos critérios estabelecidos para escolha dos hospitais estaduais e para contribuição neste estudo incluem-se os dois hospitais municipais aos demais 24 hospitais estaduais. Um gerido pela OS Santa Marcelina que é qualificada também pelo estado e o outro pela CEJAM, apresentada no próximo capítulo.

Para finalizar a amostra ora composta por 26 hospitais gerenciados por onze organizações sociais, ainda se faz necessário estabelecer um grupo de hospitais para servir de referência, dentro de necessidades estabelecidas ocasionalmente, em comparativos. Considerados localização, porte, nível de governo (mantidos pelo governo estadual e municipal) e fonte de recursos, optou-se pelos seguintes hospitais: Hospital Geral de Guaianases, Hospital Ferraz de Vasconcelos, Hospital Regional Sul e Hospital Geral de Vila Nova mantidos pela administração estadual e Hospital do Servidor Público Municipal - HSPM, mantido pelo município de São Paulo. Estes são os cinco hospitais que terão papel de fornecer parâmetros à pesquisa (QUADRO 3.3):

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	- Hospital Geral de Guaianases; - Hospital Ferraz de Vasconcelos; - Hospital Regional Sul; - Hospital Geral de Vila Nova.
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	- Hospital do Servidor Público Municipal

Quadro 3.3 - Hospitais de parâmetro à pesquisa

Fonte: CNES

Com o histórico dado, delimitações apresentadas e amostra definida propõem-se identificar e relacionar a propriedade, gestão e trabalho no hospital sob a gerência da OS, sendo este o objeto de pesquisa. É oportuno compreender que o objeto é o hospital, mas como tal faz-se necessário passar pelas mantenedoras - as organizações sociais - e investigar como foi formada, que forças influentes, quem atuou, entre outras informações que serão contempladas nos próximos capítulos.

3.1 Uma perspectiva metodológica

O recorte temporal da pesquisa, no conjunto, pode ser compreendido entre os anos de 1998, data da promulgação da lei das OS até o ano de 2013, ano de encerramento da coleta de dados. No entanto, é pertinente salientar que o plano da reforma estatal que motivou a criação da lei foi apresentado em 1995, por isso inclui-se também neste recorte, com algumas restrições.

A coleta de dados para pesquisa ocorreu por inúmeras técnicas. Investigações em endereços eletrônicos, jornais, revistas, livros, artigos. Entrevistas pessoalmente, por telefone e emails. A autora também manteve contato via correspondências com todas as organizações relacionadas no Quadro 3.2 e seus respectivos hospitais. Destes, foram estabelecidos alguns retornos por correspondência, por telefonemas e outros por emails. Por exemplo, a Cruzada Bandeirante São Camilo e a Santa Marcelina. Contudo, com uma exceção, todos foram bem restritivos no acesso a informações solicitadas.

As principais fontes de informações advêm dos endereços eletrônicos. Parte significativa das entidades qualificadas dispõe de sites onde procuram prestar informações e ostentar seus feitos. Nos sites pode-se encontrar composição de diretorias e conselhos, estatutos, organogramas, históricos, missão e valores, informações sobre recursos humanos e qualidade, relação das unidades de saúde geridas, algumas publicam relatórios de atividades, entre outros dados como parcerias e projetos sociais desenvolvidos. Estes aqui relacionados contemplam a base de dados analisada para o estudo.

Por vezes, as informações dos hospitais geridos pelas OSS são dispostas no site da entidade, contudo há muitos casos em que os hospitais mantêm seu próprio endereço eletrônico. Em geral, há histórico, missão, valores, corpo diretivo, organograma, informações sobre recursos humanos, qualidade e certificações. No caso dos hospitais, inclui-se disposição de guias sobre atendimentos e serviço de atendimento ao usuário, exigência constada no contrato de gestão. Assim como nas OSS, os hospitais não possuem nenhum tipo de padronização nas informações disponíveis.

Uma das constatações da pesquisa gira em torno de que a mídia é uma ferramenta muito bem trabalhada/elaborada tanto pelos hospitais como por suas OS. Além disso, em evento no ABC paulista, um dirigente de OS afirmou a importância das reuniões entre as OS⁵⁴ para ‘acertarem o discurso’, neste caso indicando para as solicitações perante a Secretaria da Saúde. Essa afirmação despertou a atenção da autora e no decorrer do estudo poderá ser percebido seu motivo.

⁵⁴ Destaque da autora.

Como fontes, os endereços eletrônicos dos hospitais (nem todos possuem), das organizações sociais, inserem-se também da Secretaria de Saúde e do Portal de Transparência de São Paulo. Neles estão relacionadas OSS e suas unidades de saúde mantidas, os Contratos de Gestão e seus respectivos aditamentos, editais de convocação e outros despachos do secretário como dispensa de licitação e atas dos conselhos. Ainda incluem-se informações da Assembleia Legislativa, que possui a Comissão da Saúde permanente, e dispõe também as atas das suas reuniões em seu site. E, ainda, outra fonte muito importante para este estudo, o CNES.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES -, conforme se apresenta, “é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente” (CNES/DATASUS, 2013). Ele é mantido pelo DATASUS, Banco de dados do Sistema Único de Saúde. O CNES foi implantado pelo Ministério da Saúde através da Portaria MS/SAS 376 de 03 de outubro de 2000 como o objetivo descrito pela própria entidade⁵⁵ como

Um desejo há muito aspirado por todos que utilizam as informações de saúde como base para elaboração do seu trabalho, tanto no aspecto operacional quanto gerencial, visto que os dados cadastrais se constituem um dos pontos fundamentais para a elaboração da programação, controle e avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no país, assim como a garantia da correspondência entre a capacidade operacional das entidades vinculadas ao SUS e o pagamento pelos serviços prestados (CNES/DATASUS, 2012).

Trata-se de um sistema de cadastramento de dados em que todos os estabelecimentos⁵⁶ que prestem algum tipo de assistência à saúde têm a determinação de realizar o cadastramento. No cadastro constam dados de identificação do estabelecimento (nome, endereço, caracterização), serviços prestados, equipamentos e estrutura física, e os recursos humanos que atuam no local, independente do número. Por exemplo, em São Carlos/SP, em agosto de 2012 constavam registrados 378 estabelecimentos de saúde, entre consultórios, clínicas, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Carlos, hospitais, a Central de Regulação Médica, entre outros.

Se o profissional atua em mais de um local, deve ser cadastrado em cada um deles. Do mesmo modo, se o profissional exerce duas funções diferentes no mesmo local, deverá ser registrada cada uma das funções. Desta forma, o número de registro pode não

⁵⁵ Disponível no endereço eletrônico http://cnes.datasus.gov.br/Info_Introducao.asp. Acesso em: 08 ago. 2012

⁵⁶ Grifo da autora.

corresponder ao número exato⁵⁷ de funcionários e sim ao número de cargos exercidos no estabelecimento. A informação de que o número de registro corresponde aos cargos exercidos no hospital, por exemplo, é fundamental, pois em diversas oportunidades neste estudo será deparado com tal fato.

Um boletim publicado pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde de SP (2009), em um comparativo entre três fontes - Relação Anual de Informações Sociais do Ministério de Trabalho e Emprego, a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitário, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o CNES - aponta como conclusão substancial que o CNES se apresenta como fonte de informação confiável, com a vantagem da localização nos diferentes tipos de estabelecimentos de saúde. Apesar disso, sugere que o número de postos médicos pode estar superestimado em São Paulo, possivelmente por não serem excluídos profissionais já desligados do serviço. Contudo, desde 2011, o sistema CNES possibilita que o próprio profissional realize o desligamento, o que pode auxiliar neste quesito.

O estabelecimento deve, inicialmente, providenciar seu cadastro e obter o número do CNES. Após, deve providenciar o registro dos profissionais que atuam nele, caso ainda não tenha. Cada profissional terá o seu Cartão Nacional de Saúde, como forma de registro pessoal junto ao Ministério da Saúde. Portanto, o profissional possui seu Cartão e o estabelecimento possui seu CNES.

Na Figura 3.1.1 é possível acompanhar quais os requisitos que o estabelecimento deve fornecer dos profissionais em que nele atuam.

Há necessidade de preencher o número do registro do Conselho de Classe do qual o profissional participa, quando for o caso de tê-lo. Também solicita a vinculação, se é celetista, estatutário, autônomo. No caso dos hospitais gerenciados por OSS, a maior parte registra como “Intermediado por Organização Social (OS)”. Outro item de destaque é a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), que relaciona cada profissão a um número, estabelecido pelo Ministério do Trabalho e Emprego. Por exemplo, em São Carlos/SP (2012), eram registrados ao todos 16 telefonistas nos estabelecimentos de saúde, sob CBO número 422205. Para médico dermatologista, com CBO nº 22513, neste município 33 profissionais estão registrados (2012). Médico clínico tem como CBO o número 225125, sendo 409 atuantes em agosto de 2012 em São Carlos/SP.

⁵⁷ Destaque dado pela autora.

31 - DADOS DO PROFISSIONAL - Continuação		
31.4 - Vínculos		
31.4.1 - Registro no Conselho de Classe	31.4.2 - Órgão Emissor	31.4.3 - Atendimento ao SUS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
31.4.4 - Vínculo		
Cód. <input type="text"/>	Vinculação <input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>
	Tipo <input type="text"/>	Sub-Tipo <input type="text"/>
31.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO		
Código <input type="text"/>	Descrição <input type="text"/>	
31.4.6 - Carga Horária Semanal		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulatorial	Hospitalar	Outros
31.4.7 - Data de Entrada	31.4.8 - Data de Desligamento	31.4.9 - Motivo do Desligamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>
		Descrição <input type="text"/>

Figura 3.1.1 - Dados do Profissional junto ao CNES

Fonte: Ministério da Saúde

Os dados obtidos através do CNES permitem que se tenha conhecimento das movimentações dos trabalhadores nos hospitais, como número total de médicos, de enfermeiros, dos administrativos, entradas, saídas e mudanças de cargos, entre outros e proporcionam contribuição elementar neste estudo.

Na continuidade da pesquisa serão também mencionados alguns atores que compõe o espaço social considerado. Sua formação, trajetória e discursos contribuíram para o cenário que ora se apresenta.

A autora participou de eventos que contribuíram para reconhecimento do espaço estudado. Em 2011, em Brasília, no primeiro contato com sanitaristas, no 2º Simpósio de Política e Saúde. Promovido pelo CEBES, havia presença maior de sanitaristas, mas com participação de representantes de governo e do Terceiro Setor, onde as opiniões do mesmo modo se diferenciavam. Também em um encontro no ABC paulista, em 2012, sobre a saúde regional, oportunidade que reuniu diversos dirigentes de OS, governo local e estadual, além de representantes de classes da saúde, como sindicatos.

Foram ainda realizadas visitas *in loco* a hospitais (como no Hospital Mário Covas e Hospital Regional de Presidente Prudente) e sedes das organizações sociais (Fundação do ABC e SECONCI), às entidades representativas do setor - como CREMESP e SIMESP.

As conversas com representante do CREMESP, Nacime Mansur, se prolongaram por meio de emails, o qual ainda auxiliou com coleta de subsídios junto aos médicos. O questionamento sobre o que se diferencia em optar por trabalhar em um hospital

gerido por OSS foi replicado aos diretores que disseminaram aos médicos dos hospitais geridos pela SDPM (Mansur também compõe sua diretoria). Enviada via email em maio/junho de 2013, retornaram cerca de vinte respostas dos médicos que foram coletados pelos diretores e repassados à pesquisadora (as respostas vieram identificadas como Médico 1, Médico 2, e assim sucessivamente). Dentro das possibilidades, estarão distribuídas nas discussões e conclusão, pois seu conteúdo é primordial à pesquisa, apesar da não identificação.

Ainda por email, foram estabelecidos contatos com agentes envolvidos, como o ex-ministro Bresser Pereira – que esclareceu dúvidas sobre suas publicações acerca do tema -, e com pesquisador Nivaldo Carneiro Junior – seu doutorado abordou as organizações sociais.

Do SIMESP, após visita e contatos por email, foi realizada uma entrevista via telefone com Cid Cavalhaes (presidente) em 27 de maio de 2013. O saldo também será apresentado no decorrer da pesquisa.

Parte de informações sobre *Quangos* foi obtida em visita ao Reino Unido, em setembro de 2012. Material impresso da biblioteca de pós-graduação da *Manchester Business School* e contato com um dos autores que mantém pesquisa sobre as organizações foram resultados que contribuíram na composição.

Ressalta-se a contribuição de Padre Niversindo Cherubim, superintendente da OS Cruzada Bandeirante. Em correspondência de retorno, o padre anexou diversos elementos que auxiliaram substancialmente a pesquisa. O padre é conhecedor e já proferiu palestra sobre as OS, enviando também parte deste material à pesquisadora – com gravação e apostila.

Desta forma, em verdadeira ‘caça’ por dados e informações e consideradas as indisposições em falar sobre organizações sociais, procurou-se substanciar entrevistas com dados como no Diário Oficial, informações do Tribunal de Contas do Estado e do Município, conversas com outros agentes envolvidos no setor da saúde, artigos e livros publicados, divulgações em mídia, entre outros, sempre marcadas as respectivas fontes.

4. DESENHO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E OS HOSPITAIS MANTIDOS

Neste capítulo, serão apresentados os dados coletados no período de pesquisa de campo, de 2011 a 2013.

Os elementos a serem demonstrados seguem alguns critérios necessários. Inicialmente, apresentar a organização social, conhecer seu histórico, sua forma de atuação, gestão, abrangência - observando relações com ensino, pesquisa, espaço, etc. Na sequência, a apresentação dos hospitais gerenciados pela respectiva OS, enumerando todos os dados recolhidos. Entre eles, aspectos da gestão como composição de diretoria, estrutura hospitalar e certificações. Os dados dispostos pelo CNES representam também parte da coleta, dispondo sobre o hospital números de registros de médicos e demais profissionais, terceirizações, administrativo hospitalar, registros de saídas e demais.

Desta forma, constando noções da forma de atuação, dimensão da estrutura física e pessoal do hospital e, com os Contratos de Gestão colocados a disposição pelas Secretarias de Saúde estadual e municipal, são prestadas informações pertinentes aos valores combinados e seus possíveis aditamentos.

A revelação de informações engloba ainda ao dispor um quadro contendo o resumo dos relatórios de avaliação da execução dos contratos de gestão com organizações Sociais pela SES (não há publicação pela secretaria municipal). Estes relatórios correspondem ao 3º e 4º semestres de 2011 e 1º e 2º semestres de 2012. Sob esta circunstância, optou-se por fazer média em todos os indicadores (produção, parte variável, estrutura e assistenciais) e também nos percentuais de contratação de pessoal via CLT (Consolidação das Leis de Trabalho) e terceirização constados nos relatórios de avaliação. Entretanto, é salutar indicar que não estão contemplados nos relatórios publicados todos os hospitais estaduais. Portanto, as informações dos relatórios não abrangem hospitais municipais e alguns estaduais.

Outros esclarecimentos se fazem pertinentes sobre os resumos prestados dos relatórios da SES. Na parte referente aos indicadores de produção optou-se por mencionar seu alcance como saldo positivo. No caso de não ter alcançado todos os indicadores, menciona-se saldo negativo parcial, fato ocorrido em grande parte dos relatórios. É importante informar que se trata de uma interpretação dos dados pela autora, omitindo as justificativas que os

hospitais apresentaram por não terem alcançados os índices. Os relatórios de avaliação da execução dos contratos estão à disposição no endereço da SES⁵⁸.

Nos indicadores variáveis (possível também nos indicadores de produção), houve períodos em que os índices não foram alcançados, sendo passível de redução de recursos também. Nos casos, as OS podem apresentar justificativas e, se aceitas, não causam tal redução.

Nos números sobre as despesas, constam os percentuais gastos em contratação de pessoal e terceirizados. É previsto no Contrato de Gestão que gastos salariais e equivalentes não superem 70% do orçamento. Assim, em alguns casos, há justificativas pela superação do índice. Na terceirização, os serviços informados são de serviços assistenciais e administrativos.

Há informações no CNES que revelam se serviços de apoio (lavanderia, ambulância, manutenção) ou especializados (como tipos de diagnósticos e exames) são terceirizados. Contudo, é complexo ter noção quantitativa. Portanto, optou-se apresentar os dados de terceirização do CNES (disponível para todos os hospitais) e os que possuem o relatório, proporcionando uma noção quantitativa da terceirização ocorrida.

No caso dos hospitais municipais e também de alguns estaduais que não possuem os dados⁵⁹, buscou-se coletar de outras fontes para equiparação, como nos sites e em balanços sociais, por exemplo. Contudo, se faz diferenciado, pois a abrangência é bem inferior.

Os dados do capítulo referentes ao CNES, em sua maioria, foram obtidos nos meses de março e abril de 2013. Eis na sequência.

Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina

O histórico da Santa Marcelina⁶⁰ tem início assinalado pelo trajeto das políticas de saúde. Ele se reporta aos caminhos políticos na área da saúde, relacionando a implantação do SUS, ao Plano de Atendimento na Saúde no município de São Paulo (governo Maluf) e ao Projeto QUALIS⁶¹, do qual se considera pioneira no processo de implantação na zona leste de

⁵⁸ Confira em: <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/homepage/destaques/relatorio-de-avaliacao-da-execucao-dos-contratos-de-gestao-com-organizacoes-sociais>.

⁵⁹ Apesar de obrigatório, alguns hospitais não enviam os relatórios nas datas previstas.

⁶⁰ Informações disponibilizadas no endereço eletrônico da organização: www.santamarcelina.org.

⁶¹ Silva Guedes (2003) descreveu sobre o projeto QUALIS, implantado em sua gestão como secretário. Como o município não havia se integrado ao SUS, não era implantado o Programa de Saúde da Família. Assim, o estado

São Paulo em 1996. Reafirma seu papel de parceria junto à prefeitura na reestruturação da atenção básica na região que compreende as subprefeituras de Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera, São Mateus e São Miguel. Em seu endereço eletrônico, o destaque é dado aos contratos municipais (são quatro, entre hospital, microrregião e lote), porém mantém três contratos com o estado (dois hospitais e um ambulatório). Todos os atendimentos são voltados à zona leste de São Paulo.

A missão da instituição formada pelas Irmãs Marcelinas (autodeclarada educadora e formadora) consiste em oferecer assistência, ensino, pesquisa e extensão na Atenção Primária à Saúde, principal foco da organização. A administração é distribuída em Abastecimento, Engenharia e Manutenção, Patrimônio, Transporte, Controladoria e Contas a Pagar e Central de Contratos. Na Gestão de Pessoas, a organização conta com aproximadamente 5.000 colaboradores direcionados pela Gestão de Valores, dentre eles aprendizado organizacional e alta-performance.

As políticas de qualificação profissional merecem destaque no portal da instituição, que alega contribuir na alocação de funcionários, que também pode ser feita pelo site. O processo seletivo tem algumas peculiaridades. Para auxiliar de enfermagem, por exemplo, há análise curricular, prova teórica/*case*, dinâmica de grupo e entrevista. Para o cargo de gerente - do qual podem participar interessados externos e colaboradores -, o processo consta de análise curricular, prova teórica com casos práticos, dinâmica contextualizada, entrevista individual/coletiva com diretoria. No caso de médico, são duas fases: análise curricular e entrevista.

A qualidade tem evidência com o Escritório de Qualidade, que consta ser criado em 2008. Na busca do certificado de acreditação⁶², foi firmado contrato com o Instituto Qualisa de Gestão (IQG). Algumas Unidades Básicas de Saúde já possuem o certificado em nível I e II.

Dois aspectos chamam a atenção para a apresentação desta OS: a disposição de prestar esclarecimentos, de exposição em diversas áreas da instituição, como na justificativa

assumiu, com apoio do Ministério da Saúde, a implantação de um programa diferenciado, que além de incluir os cuidados básicos, foram incluídos atenção na área da saúde mental, saúde bucal e reabilitação. Houve ainda a hierarquização em todas as áreas, com ambulatórios de especialidades. O programa recebeu o nome de Qualidade em Saúde – QUALIS.

⁶² Acreditação é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde realizado de forma voluntária, periódica e reservada. Trata-se de uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e implantação da sua metodologia. No Brasil, é efetuada pela ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA, uma organização não governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de direito coletivo. Informações disponíveis em www.ona.org.br Acesso em 24 out. 2012. O Instituto Qualisa de Gestão é uma das empresas que fornecem assessoria para acreditação.

de tratamento do patrimônio da entidade ou das diretrizes de organização social que possui (apesar de não citar a parceria com o estado, visando sempre o município). Por outro lado, não há nem mesmo menção de um corpo diretor, de pessoas que sejam os gestores na instituição. Por investigação, remete-se à irmã Marcelina, senhora Rosane Ghedin, que é diretora presidente do Conselho Diretor do Hospital Santa Marcelina, também preside a OSS e, conseqüentemente, participa das diretorias dos Hospitais Cidade Tiradentes, Hospital Geral de Itaquaquecetuba e Hospital Geral do Itaim Paulista. Todos os Contratos de Gestão são assinados pela religiosa.

Das parcerias que possui com o estado e o município, a seguir a descrição de seus hospitais.

O Hospital Geral de Itaquaquecetuba foi um dos constituídos com intuito de suprir as carências na região da grande São Paulo. Fundado em 2000, desde o início é gerido pela Casa de Saúde Santa Marcelina.

Com um dos índices de produção abaixo da expectativa em 2011, o hospital mobilizou-se para preencher a quantidade e não incorrer em desconto de recursos. Com alterações no contrato em 2012, os atendimentos não incluem dois dos cinco itens de produção, minimizando sua atuação junto ao público.

No seguimento, tem-se o Hospital Geral Itaim Paulista, mais antigo dos três estudados na gestão da Casa de Saúde Santa Marcelina, fundado em 1998.

As estratégias utilizadas para que não se estabeleçam saldos negativos de atendimentos, como mutirão, se mostraram úteis para que recursos fossem garantidos em 2012. Para justificar o saldo negativo, é importante saber que as unidades de Assistência Médica Ambulatorial são responsáveis pelos atendimentos básicos de saúde, responsabilidades do município. Também são responsáveis pelo encaminhamento aos hospitais dos casos que requerem maior atenção. Assim, a abertura dessas unidades pode ocasionar na redução de consultas, por exemplo, ou no aumento de encaminhamentos aos hospitais.

A organização social Santa Marcelina está interligada à Faculdade Santa Marcelina, fazendo parte da mesma irmandade. Como referência a diretriz do Ministério da Saúde e da Educação, justifica os investimentos para formação de recursos humanos na área da saúde, relacionando o Hospital Santa Marcelina como local do programa de residência multidisciplinar. Participa de projetos como o “*Île de France*”, onde junto ao governo municipal e da França, promovem o aprimoramento dos agentes comunitários de saúde.

Confira os principais dados dos Relatórios de Avaliação referente aos dois hospitais estaduais apresentados pela Secretaria de Estado de Saúde (Quadro 4.1).

Dados do Relatório de Avaliação de hospitais geridos pela Santa Marcelina		
<i>Hospital</i>	<i>Itaquaquecetuba</i>	<i>Itaim Paulista</i>
Indicadores de Produção	Saldo negativo parcial	Saldo negativo parcial
Indicadores da parte variável	Saldo positivo	Saldo negativo parcial
Indicadores de Estrutura (média 2011)	Leitos: 259 Funcionários: 1.038	Leitos: 274 Funcionários: 1.273
Indicadores Assistenciais	Ocupação: 87% Tempo médio: 7,2 dias	Ocupação: 92% Tempo médio: 6,4 dias
Custeio (2012)	74 milhões	87 milhões
Contratações	69% CLT 11% Terceiros	66% CLT 15% Terceiros

Quadro 4.1 – Avaliação dos hospitais geridos pela Associação Santa Marcelina

Fonte: SES

Dos dois hospitais pode-se constatar que as políticas de contratações são similares. A soma de contratos via CLT e os terceiros não perfazem o total (100%). Assim, contratações de cooperativas e também de profissionais como pessoa jurídica podem compor o quadro dos trabalhadores. É um caminho indicado para uma pesquisa mais abrangente.

O Hospital Municipal Cidade Tiradentes está em gestão da OS Santa Marcelina desde sua inauguração em 2007. O hospital possui uma infraestrutura que desperta a atenção pela modernidade e grandeza, saindo do rótulo ‘ambiente hospitalar’ comum.

Com breve histórico, a gestão da OSS apresenta suas características com disposição de Visão e Missão do Hospital, Política de Qualidade que contempla ‘melhoria contínua dos processos de trabalho’ e ‘aprimoramento profissional constante’ e disposição de quadros com prestação de contas da unidade gerenciada. Com as estratégias de gestão, informa ser o primeiro hospital municipal a receber a Acreditação Hospitalar, que em 2009 recebeu a Acreditação Nível II e está em busca do Nível III.

Na diretoria do hospital, Irmã Rosane Ghedin é apresentada como Diretora Presidente do Complexo Santa Marcelina. Ainda possui diretor administrativo, diretor técnico e diretor clínico exercido por médicos, gerente de enfermagem exercido por uma religiosa, e também gerente administrativo.

Nos indicadores que o hospital disponibilizou, referente ao 3º Trimestre de 2011 têm-se os seguintes resultados:

- Indicadores de produção: atendimento de urgência/emergência com variação inferior ao contratado. Demais se encontram na média ou superior.

- Indicadores variáveis: atingido todos os indicadores propostos.

Nos aspectos financeiros, o balancete é correspondente ao primeiro semestre. Sobre as despesas, é constatado que em maio não foi possível quitá-la com a receita. De forma geral, o balanço é favorável. Se observar referente ao pagamento de pessoal, que gira em torno de 60% das despesas, é perceptível o aumento da terceirização, que está acima de 20% nos últimos meses.

Os dados do Quadro 4.2 versam uma equiparação entre os três hospitais geridos pela Santa Marcelina. Observe:

<i>Hospital</i>	<i>Profissionais 2013/CNES</i>	<i>Registros de saída /CNES</i>	<i>Valor do Contrato (SES)</i>	<i>Terceirização/CNES</i>	<i>Acreditação</i>
Itaquaquecetuba	890	Declínio em 2012	74 milhões (2011)	Sim	Sim
Itaim Paulista	1.146	Declínio em 2011 e 2012	87 milhões (2011)	Sim	Sim
Tiradentes	1.133	Declínio em 2012	79 milhões (2009) *	Sim	Sim

Quadro 4.2 – Dados suplementares dos hospitais geridos pela Associação Santa Marcelina

Fonte: CNES/SES

* Dados da Secretaria Municipal de Saúde

A OS tem sob seu gerenciamento três hospitais considerados de grande porte, apresenta como política interna a busca pela qualidade, verificado pelos selos de Acreditação. Sobre os registros de saídas, considerados os últimos cinco anos, houve crescimento com declínio especialmente no último ano (2012).

A verificação é de que não ocorrem mudanças consideráveis entre unidade estadual e municipal. A direção hospitalar tem indicativos de serem executados por médicos de carreira e que também executam a função, podendo ser apenas no hospital ou em outras unidades. Apesar de ser superior no hospital municipal, o índice de terceirização encontrado não se diferencia demasiadamente entre os hospitais, indicando uma política da OSS.

Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus

A Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus também é uma entidade filantrópica cristã sem fins lucrativos. Junto ao estado de São Paulo com Contrato de Gestão (foi qualificada como OSS em 2007), gerencia o Hospital Regional de

Presidente Prudente, Hospital Estadual João Paulo II em São José do Rio Preto e o Hospital Regional Porto Primavera.

Como entidade religiosa, a associação direciona suas informações especialmente aos préstimos sociais que realiza, limitando-se a poucos dados gerenciais. Apesar disso, sua atuação é extensa, com doze hospitais gerais, quatro ambulatórios para drogas e álcool, nove comunidades terapêuticas, entre outros vários, distribuídos pelo Brasil e também no Haiti.

O Hospital Regional de Presidente Prudente foi inaugurado em 1997 e era mantido pela Associação Prudentina de Educação e Cultura. Projetado para o exercício da medicina moderna, também tinha a finalidade de servir de hospital escola para a realização de estágios dos acadêmicos de medicina e de outros cursos da área da saúde.

O hospital foi adquirido pelo governo estadual e transferido sua gerência, em 2009, para a Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus. Em 2013, consta ser o segundo maior hospital estadual paulista. Em parceria com a Universidade do Oeste Paulista, serve de campo de estágios para alunos de medicina e outros cursos da área da saúde, mantendo sua finalidade de servir como escola.

Como estipulado pela secretaria estadual, há o Serviço de Atendimento ao Usuário que, entre outros canais, mantém urnas pelo hospital para recolhimento de sugestões, elogios e críticas.

O Hospital Estadual João Paulo II foi fundado em 2009, resultado de manifestações populares em torno das carências na área da saúde na região da XV Diretoria Regional de Saúde, região de São José do Rio Preto. Ele foi gerido desde o início pela Associação Lar São Francisco e seu cadastro no CNES data de maio de 2009.

O Hospital Regional de Porto Primavera é de pequeno porte. Sua fundação é da década de 1980, mantido pela Companhia Energética do Estado de São Paulo para suprir as necessidades da população que participou da construção da usina hidrelétrica Porto Primavera, atualmente denominada de Engenheiro Sérgio Mota. Com dificuldades na gestão e atrasos salariais, foi repassado ao estado que em 2007 repassou o gerenciamento para Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus. Seu credenciamento junto ao CNES data de 2003.

Podem-se acompanhar os dados dos hospitais avaliados junto ao Quadro 4.3.

Com capacidades diferenciadas, os hospitais geridos não conseguiram alcançar todos os indicadores de produção. As políticas de contratações se apresentam similares, sendo a contratação via CLT responsável por pouco mais de um terço da mão de obra total.

Dados do Relatório de Avaliação de hospitais geridos por Lar São Francisco			
<i>Hospital</i>	<i>Presidente Prudente</i>	<i>João Paulo II</i>	<i>Porto Primavera</i>
Indicadores de Produção	Saldo negativo parcial	Saldo negativo parcial	Saldo negativo parcial
Indicadores parte variável	Saldo negativo parcial	Saldo positivo	Saldo positivo
Indicadores de Estrutura	Leitos: 458 Funcionários: 1.431	Leitos: 46 Funcionários: 266	Leitos: 57 Funcionários: 158
Indicadores Assistenciais	Ocupação: 78,5% Tempo: 6,3 dias	Ocupação: 83% Tempo: 2,2 dias	Ocupação: 52% Tempo: 4 dias
Custeio (2012)	98 milhões	11 milhões	09 milhões
Contratações	41% CLT 36% Terceiros	33% CLT 37% Terceiros	39% CLT 42% Terceiros

Quadro 4.3 - Avaliação dos hospitais geridos por Lar São Francisco

Fonte: SES

No caso das unidades mantidas pela Associação Lar São Francisco, verificou-se que a preocupação foca-se no atendimento ao público, mas não se evidenciaram direcionamentos a promoções sobre qualificações como a Acreditação. É possível averiguar com os dados coletados junto ao CNES e SES no Quadro 4.4.

<i>Hospital</i>	<i>Profissionais 2013/CNES</i>	<i>Registros de saída /CNES</i>	<i>Valor do Contrato (SES)</i>	<i>Terceirização/CNES</i>	<i>Acreditação</i>
Presidente Prudente	1.517	Declínio em 2011 e 2012	98 milhões	Sim	Não Consta
João Paulo II	396	Progressivo	22 milhões (2012)	Sim	Não Consta
Porto Primavera	150	Progressivo	13 milhões (2013)	Sim	Não Consta

Quadro 4.4 – Dados suplementares dos hospitais geridos por Lar São Francisco

Fonte: CNES/SES

Foi constatado que a direção administrativa dos hospitais é feita por membros da Associação e a direção técnica fica por responsabilidade de profissionais da saúde, sendo registrados como tal, exercidos por médicos nos três hospitais.

A rotatividade diagnosticada pode ser considerada pequena, mas é pertinente indicar que são hospitais localizados no interior do estado e que a disposição de profissionais na área da saúde sempre é inferior a grandes centros. Nos casos de registros de saída, a ocorrência de ‘término de contrato’ faculta respaldo a terceirização divulgada.

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM

A Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)⁶³ possui integração com a UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) e se intitula uma grande escola de saúde do Brasil. Fundada em 1933 e reconhecida como Organização Social pela lei nº. 846 em 1998. É dirigida por um Conselho Administrativo eleito pela sua Assembleia Geral, constituída pelos membros do que era a Congregação da Escola Paulista de Medicina, atual Conselho Universitário da UNIFESP.

Tendo como lema “ Orgulho de ser SUS”, em 2011 gerenciou 21 unidades hospitalares e ambulatoriais construídas e equipadas pelo estado e por alguns municípios. Em 2010, recebeu dos cofres públicos aproximadamente 272 milhões⁶⁴ de reais para custear suas atividades junto aos cidadãos paulistas. Também em 2011 contava com aproximadamente 32 mil colaboradores⁶⁵, considerando-se ser um posto avançado de capacitação de recursos humanos. Mencionando amplo plano de treinamento e capacitação profissional, indica a possibilidade de seus profissionais participarem também de pesquisas e comissões, o que poderia gerar possibilidades de galgar postos importantes, tanto na instituição quanto em órgãos públicos e privados. Estes profissionais tornam-se referência para o mercado de saúde, de acordo com a SPDM.

Além de manter o Hospital São Paulo - Hospital Universitário da UNIFESP, a SPDM gerencia serviços e organizações de saúde de diversas instituições públicas, através de convênios ou contratos de gestão. Dentre as instituições gerenciadas em 2011 estavam: Hospital Brigadeiro – São Paulo; Hospital de Clínicas Luzia de Pinho Melo – Mogi das Cruzes; Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso – Guarulhos; Complexo Hospitalar Ouro Verde – Campinas; Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence – São José dos Campos; Hospital Estadual de Diadema; Hospital Municipal Dr. Francisco Moran – Barueri; Hospital Geral de Pirajussara - Taboão da Serra; Hospital Municipal Vereador José Storopoli – Vila Maria. Indica-se que nem todos são gerenciados como organização social pela entidade.

A SPDM possui o Conselho Administrativo, o Conselho Gestor Hospital São Paulo / Hospital Universitário, o Conselho Fiscal e o Conselho de Entidades Delegadas, além

⁶³ Informações obtidas no site: www.spdm.org.br em vários acessos.

⁶⁴ Levantamento efetuado através dos contratos de gestão, disponíveis no Portal da Transparência. Acesso: <http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/> em: 19 nov. 2011.

⁶⁵ Em 2013, declarava ser de 40.000 colaboradores, distribuídos entre 11 unidades hospitalares e 29 ambulatoriais.

dos Superintendentes, destes, parte expressiva é composta de professores doutores da UNIFESP.

A presidência do Conselho Administrativo na gestão 2011 era do doutor Rubens Belfort Junior, graduado na Escola Paulista de Medicina e professor titular no departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo desde 1991. Ele é membro da Academia Nacional de Medicina, da Academia Brasileira de Ciências e da Academia Brasileira de Farmácia e também faz parte do corpo clínico de uma clínica particular em São Paulo.

Integrante da diretoria da SPDM como superintendente dos Hospitais Afiliados (coordena todos os hospitais que estão sob a gestão da OS), o professor doutor Nacime Salomão Mansur tem atuação junto ao Conselho Regional de Medicina (CREMESP), onde participou de várias gestões, como conselheiro ou na composição da diretoria. Mansur tem posição favorável às OSS, como visto em debate promovido pelo CREMESP⁶⁶ sobre a gestão da Saúde por Organizações Sociais. Ele entende que tais organizações são alternativas de produção não lucrativa de bens e serviços públicos, tendo como pressupostos a qualidade, a melhor utilização de recursos e a orientação ao cliente-cidadão mediante controle social, com ênfase nos resultados, aumentando, assim, a eficácia do Estado.

Em entrevista, Mansur (2004) justificou o interesse da SPDM em gerenciar novos hospitais tendo como retorno principal a ampliação da área de atuação da UNIFESP (Os professores que compõe o quadro da Escola de Medicina Paulista automaticamente fazem parte da SPDM), além de ampliação das áreas para estágio do corpo discente (alunos de medicina, biomédicas, nutrição e enfermagem) e a possibilidade de fixação dos egressos dos cursos de graduação e dos programas de residência médica, especialização e pós-graduação. Como modelo, a UNIFESP, através de seu Departamento de Medicina Preventiva, mantém o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, oferecendo vagas de mestrado e doutorado para pesquisas na linha, por exemplo, de Política, Planejamento e Gestão.

Para concluir a apresentação da SPDM cabe o destaque recebido na mídia nacional como empresa destaque na área da saúde em 2012. Em seu próprio site encontra-se a menção:

A SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, uma das maiores instituições filantrópicas na área da saúde do país, faz parte do ranking da edição 2012 da revista *Valor 1000*, publicação anual do jornal *Valor Econômico* que analisa o desempenho das maiores empresas brasileiras. A SPDM aparece na publicação (págs. 21, 114, 366 e 422) com o

⁶⁶ Edição 224 - 4/2006, disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=658>

nome de sua matriz, o Hospital São Paulo. Na relação das maiores e das campeãs, é citada como a maior no setor de serviços médicos. Já no ranking das mil maiores empresas do país, ocupa a posição de número 166 – ante 210 no ano anterior. Na comparação com seus pares do setor de serviços médicos, obteve a quarta colocação (SPDM, 2012).

Na exposição, o Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo. Fundado em 1999 pelo governador Mário Covas, passou de Ambulatório de Especialidades e Pronto-Socorro de Mogi das Cruzes para Hospital das Clínicas em 2004, após ampliação de atendimentos e reforma então sob o gerenciamento da organização social SPDM.

Para a SPDM, sua nova gestão levou o hospital a implantar políticas e ferramentas de planejamento, controles e novos fluxos a fim de garantir a melhoria dos processos e serviços. Com isso, desde 2006 possui o certificado de acreditação da Organização Nacional de Acreditação - ONA nível III, de excelência. Em 2007, foi escolhido pela SES como o melhor hospital de São Paulo.

O Hospital de Transplantes do Estado de São Paulo Euryclides de Jesus Zerbini era, até 2010, o popular Hospital Brigadeiro gerenciado pelo estado. Ele já era referência no tratamento clínico e cirúrgico de epilepsia e urologia e, sob a nova gestão, também realiza transplantes de órgãos. Para a SPDM, o objetivo é tornar a instituição um centro de alta complexidade, difusor de conhecimento, capacitação e formação de recursos humanos.

O Hospital Estadual de Diadema atende a região do ABCD, que compreende sete municípios – Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Foi inaugurado em 2000, sob a gestão da SPDM. Conforme preconiza a SPDM, há empenho na qualificação dos profissionais que atuam no hospital, incluindo bolsas de estudos aos interessados, desde que seja na área de saúde e mantenha vínculo empregatício por mais de um ano. Foi identificada esta política também em outros hospitais mantidos pela OS.

O Hospital Geral de Pirajussara está localizado em Taboão da Serra e foi inaugurado em 1999, já sob a gestão da SPDM. A gestão do hospital é de responsabilidade da SPDM desde sua abertura. Para isso, foi equipado pelo estado e, sempre que a gestora solicitar e se entender ser necessário pela SES haverá repasse de recursos para aquisição de equipamentos, por exemplo.

Algumas considerações são oportunas. Houve dificuldades para atingir os indicadores de produção, apesar de justificativas como tempo de gerência de um hospital que devem ser considerados. A necessidade de maiores investimentos em equipamentos não se demonstra de fácil resolução, se observado o tempo para liberação dos recursos pelo governo.

Dados do Relatório de Avaliação de hospitais geridos por SPDM			
<i>Hospital</i>	<i>Transplantes</i>	<i>Diadema</i>	<i>Pirajussara</i>
Indicadores de Produção	Saldo negativo parcial	Saldo negativo parcial	Saldo negativo parcial
Indicadores parte variável	Saldo positivo	Saldo positivo	Saldo positivo
Indicadores de Estrutura	Leitos: 153 Funcionários: 1.257	Leitos: 245 Funcionários: 1.083	Leitos: 251 Funcionários: 1.179
Indicadores Assistenciais	Ocupação: 84% Tempo: 6,9 dias	Ocupação: 74% Tempo: 6 dias	Ocupação: 87% Tempo: 6,8 dias
Custeio (2012)	90 milhões	80 milhões	92 milhões
Contratações	50% CLT 14% Terceiros	74% CLT 11% Terceiros	70,5% CLT 14,5% Terceiros

Quadro 4.5 - Avaliação dos hospitais geridos pela SPDM

Fonte: SES

Apesar da busca pela Acreditação, o Hospital dos Transplantes ainda não consta com o selo. Outros dados dos hospitais geridos pela SPDM podem ser verificados no Quadro 4.6.

<i>Hospital</i>	<i>Profissionais 2013/CNES</i>	<i>Registros de saída /CNES</i>	<i>Valor do Contrato (SES)</i>	<i>Terceirização/CNES</i>	<i>Acreditação</i>
Hospital das Clínicas	1.399	Estagnado	118 milhões (2013)	Sim	Sim
Hospital dos Transplantes	1.695	Progressivo	113 milhões (2013)	Sim	Não consta
Diadema	1.526	Declínio Progressivo	86 milhões (2013)	Sim	Sim
Pirajussara	1.964	Progressivo	97 milhões (2013)	Sim	Sim

Quadro 4.6 – Dados suplementares dos hospitais geridos pela SPDM

Fonte: CNES/SES

Um item a ser destacado ainda é a relação de profissionais (médicos e enfermeiros) em relação ao seu total e em relação aos leitos dispostos. Não pode ser inferida uma uniformização, porque interfere o tipo de atendimento que é prestado na unidade. Exemplo do Hospital de Transplante que possui atendimento peculiar.

Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico Social

Mais uma organização social provinda da filantropia religiosa. A Cruzada Bandeirante tem a superintendência Camiliana, embora sua própria administração seja

responsável pelos Hospitais de Carapicuíba, Itapevi e Pedreira, além de Ambulatórios Médicos de Especialidades e um Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental.

Apesar de sua história preceder a década de 1950, somente em 2008 a Cruzada Bandeirante foi qualificada como OSS pelo governo estadual. Conforme seu superintendente, apesar das convocações da SES, somente neste ano a entidade considerou que poderia contribuir com a gestão das unidades de saúde do estado.

Com a Visão de “Ser a referência como OSS no Estado de São Paulo por meio da qualidade na prestação do serviço de saúde e da excelência e transparência na gestão dos recursos”, sua missão é a preservação da saúde a luz dos princípios do SUS e dos Valores Camilianos.

O Conselho Diretor da entidade possui um superintendente, padre Niversindo Cherubim, e um coordenador executivo (em 2012). Padre Cherubim teve, na trajetória de sua vida religiosa, muitas oportunidades em que prestava atendimento junto à área da saúde, tornando-o uma referência na administração hospitalar. Publicou livros sobre o tema, inclusive sua autobiografia denominada “A saga de um administrador hospitalar”.

Um dos motivos que levou a Cruzada Bandeirante a aceitar participar da gestão dos hospitais como OSS era de transformar as unidades em hospitais-escolas para faculdade de medicina e outras áreas inclusive *Stricto sensu* da União Social Camiliana.

Sobre as políticas de recursos humanos mantido pela OSS, afirma manter o compromisso com o desenvolvimento, a moral e a ética dos seus profissionais, cumprir as leis vigentes no país, clima organizacional seguro e fraterno, remuneração justa e alinhada ao mercado⁶⁷. Também há ênfase sobre o papel da liderança, que consideram ser “primordial no fornecimento de excelência”. Por isso, desejam que os líderes hospitalares assumam uma responsabilidade pessoal para assegurar⁶⁸:

- As metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam comunicados e entendidos.
- Os indicadores dos objetivos e metas específicas sejam estabelecidos e monitorados periodicamente.
- O desempenho em Qualidade, Saúde, Segurança, Segurança Patrimonial e Meio Ambiente sejam uma parte viável da agenda dos gestores.

A Cruzada Bandeirante São Camilo inclui descrições do seu sistema de gestão da qualidade na página virtual da política de recursos humanos. Para tal, estabelece um compromisso com a moral e ética dos profissionais, além do clima organizacional seguro e fraterno com a perspectiva de, entre outras resoluções da política de recursos humanos,

⁶⁷ O Contrato de Gestão estipula que os salários não podem ultrapassar o valor praticado na iniciativa privada.

⁶⁸ Informações disponíveis em seu endereço eletrônico: <http://www.cruzadasaocamilo.org.br/>

monitorar o desempenho profissional com vistas aos objetivos estratégicos. Especificamente sobre o Sistema de Gestão de Qualidade, informa ser alicerçado nos pilares do autor Donabedian (1990), referenciado na qualidade hospitalar por considerar a subjetividade quando analisado a qualidade. Para atender aos pilares estabelecidos pelo autor (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade), a entidade focaliza nas dimensões gerenciamento de riscos, auditorias internas, padronização de protocolos, procedimentos e rotinas, treinamentos, gestão orientada por processos e acompanhamento de resultados (CRUZADA BANDEIRANTE, 2012).

O Hospital Geral de Carapicuíba foi o primeiro a ser gerido pela OSS em 2009. Anteriormente, estava sob a gestão da entidade Sanatorinhos Ação Comunitária, que não possui mais contratos com o estado de São Paulo. Conforme informação do Padre Cherubim, encontrava-se sucateado e o primeiro ano foi para colocá-lo em ordem. A diretoria é composta por Diretor Executivo, Diretor Clínico (médico), Diretora dos Serviços Assistenciais, Diretor dos Serviços de Apoio, Diretor Técnico (médico).

O hospital possui Planejamento Estratégico, com aplicação do *Balanced Scorecard* (BSC). Sobre as certificações, possui o ONA e recebeu prêmios de qualidade como o Prêmio do Conselho Regional de Enfermagem de SP em Gestão de Qualidade 2011/12. Sobre a terceirização declarada ao CNES, os serviços de lavanderia e ambulância são prestados por terceiros, além de alguns serviços de diagnósticos.

O Hospital Geral de Itapevi foi inaugurado em 2000 e era gerenciado também pela OS Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde⁶⁹. A partir de 2005, passou a ser gerido pela Associação Congregação de Santa Catarina. Em 2012, passou a fazer parte da gestão da Cruzada Bandeirante.

O Hospital Geral de Pedreira foi inaugurado em 1998, sendo um dos primeiros a ser gerenciado por OS. Inicialmente, foi administrado pela Associação Congregação de Santa Catarina⁷⁰, passando a Cruzada Bandeirante no ano de 2012.

Ainda sob a égide da gestão anterior, o hospital foi referenciado como caso de sucesso para a OS mantenedora. O hospital mantém o Núcleo de Ensino e Pesquisa Dom Luciano Mendes de Almeida, inaugurado em 2007. Seu objetivo é de servir como pólo gerador de cultura, aperfeiçoamento profissional e pesquisa.

⁶⁹ Em 2013, a Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde, que já foi qualificada como OSS pelo estado, não possuía mais Contratos de Gestão com o estado de São Paulo e com a Prefeitura de São Paulo. Há registros de prestação de contas irregulares em 2004 denunciadas junto ao Ministério Público (DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO).

⁷⁰ A Associação Congregação de Santa Catarina mantém Contratos de Gestão com a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo e com a Secretaria de Saúde do município de São Paulo, descritos posteriormente.

Junto à SES, todos os hospitais têm o Relatório de Avaliação. Observemos os principais dados no Quadro 4.7.

Dados do Relatório de Avaliação de hospitais geridos por Cruzada Bandeirante			
<i>Hospital</i>	<i>Carapicuíba</i>	<i>Itapevi</i>	<i>Pedreira</i>
Indicadores de Produção	Saldo positivo	Saldo negativo parcial	Saldo negativo parcial
Indicadores parte variável	Saldo positivo	Saldo positivo	Saldo positivo
Indicadores de Estrutura	Leitos: 242 Funcionários: 1.120	Leitos: 249 Funcionários: 1.083	Leitos: 261 Funcionários: 1.200
Indicadores Assistenciais	Ocupação: 75% Tempo: 4,4 dias	Ocupação: 74% Tempo: 5,2 dias	Ocupação: 83% Tempo: 5,1 dias
Custeio (2012)	87 milhões	82 milhões	101 milhões
Contratações	49% CLT 30% Terceiros	70% CLT 13% Terceiros	51% CLT 31% Terceiros

Quadro 4.7 - Avaliação dos hospitais geridos por Cruzada São Camilo

Fonte: SES

As informações identificam uma proximidade entre os hospitais, com exceção das contratações no Hospital Itapevi. Sobre a terceirização, serviços como de lavanderia e alguns de diagnósticos são repassados a outros. Percebe-se que junto a SES, o percentual da terceirização indica ser superior ao prestado no CNES. Há evidência, portanto, de que não apenas serviços como lavanderia e de diagnósticos são repassados, podendo incluir médicos, enfermeiros, administrativos.

<i>Hospital</i>	<i>Profissionais 2013/CNES</i>	<i>Registros de saída /CNES</i>	<i>Valor do Contrato (SES)</i>	<i>Terceirização/CNES</i>	<i>Acreditação</i>
Carapicuíba	1.299	Declínio Progressivo	92 milhões (2013)	Sim	Sim
Itapevi	1.150	Estagnado	88 milhões (2013)	Sim	Não consta
Pedreira	1.284	Declínio Progressivo	109 milhões (2013)	Sim	Sim

Quadro 4.8 – Dados suplementares dos hospitais geridos pela Cruzada São Camilo

Fonte: CNES/SES

Entre algumas considerações, chama-se a atenção à ‘convocação’ para se qualificar como OSS e firmar parceria com o governo constatado pela pesquisa, reforçado por entrevista com outra representante de OS, descrito na sequência desta pesquisa. Ainda, têm-se os primeiros casos de substituição das organizações no gerenciamento hospitalar e suas

respectivas consequências. Outro, e fato reafirmado, é a intenção, por parte das organizações qualificadas, em dispor de hospitais e outras unidades de saúde para utilização como ambiente escolar, de pesquisa e qualificação de alunos vinculados à instituição.

Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência HCFMRPUSP - FAEPA

A Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRPUSP/FAEPA) foi qualificada como organização social em 2011 pela Secretária Estadual de Saúde. Contudo, por meio do HCFMRPUSP era atuante na área da saúde desde 1988.

Sua administração é composta pelo Conselho Curador, Diretoria e Conselho Consultivo, conforme indicado em seu site⁷¹:

O Conselho Curador é presidido pelo Diretor da FMRPUSP e constituído por: Superintendente e Diretor Clínico do Hospital das Clínicas da FMRPUSP, pela Diretora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, por seis membros titulares do Conselho Deliberativo do HCFMRPUSP, um representante de cada Departamento não representado no Conselho Deliberativo do HCFMRPUSP e um representante do Corpo Discente da FMRPUSP.

A Diretoria da FAEPA, composta pelo Diretor Executivo, Diretor Científico e Coordenadora Técnica Administrativo, é indicada pelo Superintendente do HCFMRP a partir de lista tríplice elaborada pelo Conselho Curador, com um mandato de quatro anos (FAEPA, 2013).

Motivo pelo qual parte expressiva da administração é composta por professores e médicos. Há membros da sociedade que tomam parte também dos conselhos. O diretor executivo e o científico - que compõe a Diretoria e é o órgão de administração executiva - são professores doutores. Em consideração, a FAEPA é parte integrante do hospital da faculdade de medicina da USP, a fundação mantém vários convênios, tanto em âmbito público como privado.

A fundação publicou relatórios anuais de suas atividades (2006 a 2011), como forma de prestação de contas também pelos convênios municipal, estadual e federal, além de outros com empresas como Johnson & Johnson *Pharmaceutical Research and Development* e Novartis Biociências S/A.

⁷¹ Disponível em: <http://www.faeпа.br>.

O Hospital Estadual de Ribeirão Preto foi fundado em 2008, desde então gerido pela FAEPA. Inicialmente, o hospital possuía como estrutura administrativa o Conselho Gestor (formado por Presidente [Superintendente do HCFMRPUSP] Diretor da Faculdade de Medicina; Diretor da Escola de Enfermagem; Diretor Técnico do Distrito Regional de Saúde; Diretor Executivo da FAEPA; Diretor Geral do Hospital Estadual [sem direito a voto]; Diretor Clínico do Hospital Estadual [sem direito a voto]; somados ao Diretor Geral, Diretor de Atividades Cirúrgicas, Diretor de Atividades Clínicas, Coordenador do Centro Integrado de Reabilitação, Diretor de Apoio Técnico e Administrativo, Gerência de Enfermagem e ao Diretor Acadêmico, indicado pelo Diretor da Faculdade de Medicina). Em 2011, a diferença deu-se pela inclusão do Diretor Técnico do XIII Distrito Regional de Saúde no conselho gestor.

Vejam os principais dados dispostos que permitem um reconhecimento do hospital no Quadro 4.9.

<i>Hospital</i>	<i>Profissionais 2013/CNES</i>	<i>Registros de saída/CNES</i>	<i>Valor do Contrato (SES)</i>	<i>Terceirização/CNES</i>	<i>Acreditação</i>
Ribeirão Preto	250	Declínio Progressivo	21 milhões (2013)	Sim	Não consta

Quadro 4.9 - Dados suplementares do hospital gerido pela FAEPA

Fonte: CNES/SES

Não consta publicado relatório de avaliação do hospital pela SES.

Fundação do ABC

A Fundação do ABC foi criada em 1967, instituída como fundação sem fins lucrativos pelos três municípios que encabeçam o chamado ABC Paulista (cidades de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul). São mantidas pela fundação: a Faculdade de Medicina ABC, Hospital Padre Anchieta, Hospital Estadual Mário Covas, Hospital da Mulher Maria José dos Santos Stein, Hospital Bertiooga, Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo, Hospital Irmã Dulce e outras unidades de saúde.

Em seu organograma hierárquico consta o Conselho Curador - com assessoria do Conselho Fiscal -, e a Diretoria com assessoria da controladoria, administrativo, jurídico, financeiro, planejamento e comunicação, na qual todas as unidades mantidas são interligadas.

O Conselho Curador da Fundação do ABC tem participação de representantes indicados pelas três prefeituras (dois para cada prefeitura), um por câmara municipal, também

um por conselho municipal de saúde, além de: dois representantes da Associação dos Funcionários da Faculdade de Medicina do ABC; dois representantes da Associação dos Docentes da Faculdade de Medicina do ABC; um representando a Associação dos Ex-Alunos da Faculdade de Medicina do ABC; dois representando o Diretório Acadêmico da faculdade; um da Associação de Apoio aos Alunos da Faculdade de Medicina do ABC; e mais um da Comissão de Residência Médica da Faculdade de Medicina do ABC. A composição do conselho é uma demonstração da relevância da fundação na região.

Dos representantes do Conselho é formada a diretoria. Em 2011, o presidente foi o médico Wagner Octávio Boratto, que já atuou no Hospital Municipal de Santo André e prestava serviços ao Grupo Sofisa, sendo médico e sócio de uma clínica em Santo André. Então em 2012, o vice-presidente, Maurício Mindrisz, passou à presidência. Engenheiro químico, ele exerceu a função de assessor do prefeito de São Bernardo do Campo além de outros cargos junto às prefeituras da região. O vice-presidente, Marco Antonio Santos Silva, que é secretário de governo da prefeitura de São Caetano, será o próximo presidente. Existe um acordo pelo qual é feito rodízio entre as prefeituras para exercerem a presidência da fundação.

Além do presidente e vice, a diretoria conta ainda com o secretário, função exercida por Jurandyr José Teixeira das Neves, que era superintendente do Hospital Bertioga.

Como OS do estado de São Paulo, a Fundação do ABC gerencia o Hospital Mario Covas, que foi inaugurado como tal denominação em 2001, data em que a fundação passou a ser uma organização social estadual.

A Faculdade de Medicina do ABC foi criada em 1968 e inaugurada em 1969, atuando nas áreas de ensino, pesquisa e extensão. É mantida pela Fundação do ABC, motivo de sua origem, à qual compete a administração funcional, econômica e financeira. Considera sua atuação como um projeto de integração com os recursos públicos de saúde da região, propiciando amplo campo de atuação e estágio para seus alunos.

Em 2012, a Fundação do ABC completou 45 anos contando com cerca de 12.000 colaboradores e orçamento projetado para ultrapassar 1,1 bilhões de reais.

Descreve-se o Hospital Estadual Mário Covas, gerenciado pela OS desde sua inauguração em 2001. O hospital é referencia no atendimento do grande ABC Paulista, servindo também em parceria para qualificação dos estudantes da Faculdade de Medicina do ABC.

Notícias do hospital foram publicadas no Estadual Notícias, de 2004 a 2011. Após, as informações são destaques em sua página virtual.

A direção do hospital ficou a cargo de Geraldo Reple Sobrinho por dez anos, desde sua inauguração. O cargo foi repassado a um de seus diretores técnicos, Desiré Carlos Callegari. Este foi professor na Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, já ocupou a presidência do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, na gestão 2006-2007. Também foi duas vezes presidente da regional Santo André da APM (Associação Paulista de Medicina), diretor distrital da Grande São Paulo na APM estadual, diretor do SIMESP (Sindicato dos Médicos de São Paulo) e da Sociedade de Anestesiologia do Estado.

Na direção do hospital estão ainda o diretor clínico, diretor técnico e diretor administrativo, todos com passagem na Faculdade de Medicina da Fundação do ABC. Também conta com a diretora de enfermagem, que tem formação na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Todos têm carreira profissional superior a cinco anos no hospital, sendo que alguns exercem a profissão em outros hospitais e também a carreira de professor.

Contando com alguns profissionais contratados ainda em 2001, data em que o Hospital Mario Covas iniciou suas atividades sob a gestão da OS Fundação do ABC, as observações revelam que apesar das funções diretivas - como superintendente e gerente - serem exercidas por profissionais médicos (a exceção é a função financeira), os profissionais são contratados e registrados no cargo exercido. Alguns dados junto ao CNES e a SES constam no Quadro 4.10.

<i>Hospital</i>	<i>Profissionais 2013/CNES</i>	<i>Registros de saída /CNES</i>	<i>Valor do Contrato (SES)</i>	<i>Terceirização/CNES</i>	<i>Acreditação</i>
Mario Covas	1.399	Declínio em 2012	128 milhões (2013)	Sim	Sim

Quadro 4.10 - Dados suplementares do hospital gerido pela Fundação do ABC

Fonte: CNES/SES

Aderindo ao Programa CQH⁷² – Compromisso com a Qualidade Hospitalar em 2004, o Hospital Mário Covas recebeu o selo de qualidade em 2006 e o vem mantendo desde então. Devido à adesão, deram-se início as atividades focadas à qualidade e no presente há um Escritório da Qualidade e o Núcleo da Qualidade. No escritório, implantado em 2010, são discutidas e elaboradas propostas, viabilizando e assessorando a implantação pelo programa de qualidade. Conforme verificado por meio do informativo publicado pelo hospital

⁷² Resultante de discussões que envolvem qualificação hospitalar por entidades paulistas como CREMESP, SES, APM. Em 1991 as entidades propuseram um programa de adesão voluntária com objetivo de contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. Estimula a participação e a autoavaliação e o incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos. Em 2013, contava com cerca de 200 hospitais participantes. Mais informações podem ser obtidas no site: www.cqh.org.br > Acesso em: 21 out. 2012.

(ESTADUAL EM NOTÍCIA, 2010), a pessoa responsável pelo escritório é a única a não ser um profissional da saúde, como médico ou enfermeiro, no cargo de gestão. Além disso, seu percurso no hospital que transcorre entre assistente de diretoria de acompanhamento de contrato de gestão já em 2004 e, no ano imediato, assistente de diretoria de planejamento pode revelar envolvimento com a gestão e conhecimento da importância da qualidade ao hospital.

O núcleo, composto por profissionais de diversas áreas, tem como principal função a operacionalização do sistema de gestão da qualidade. Para conferência, realiza auditorias internas para avaliar e comparar com índices anteriores. Para as não conformidades, estabelece-se um plano de ação a ser seguido.

No resumo da avaliação de contrato pela SES, os dados estão no Quadro 4.11.

Dados do Relatório de Avaliação do hospital gerido pela Fundação do ABC	
<i>Hospital</i>	<i>Mário Covas</i>
Indicadores de Produção	Saldo negativo parcial
Indicadores parte variável	Saldo positivo
Indicadores de Estrutura	Leitos: 273 Funcionários: 1.633
Indicadores Assistenciais	Ocupação: 86% Tempo: 7 dias
Custeio (2012)	121 milhões
Contratações	50,5% CLT 26,75% Terceiros

Quadro 4.11 - Avaliação do Hospital Mário Covas gerido pela Fundação do ABC

Fonte: SES

A avaliação apresentou algumas peculiaridades, como superação de índices de produtividade. Todavia, há desconto efetivado nos recursos recebidos causado por readequação orçamentária e que ocorre do mesmo modo por não atingir os indicadores previstos em contrato. Ainda, investimentos em projetos diferenciados que não foram visualizados em outras unidades.

Fundação de Desenvolvimento Médico e Hospitalar - FAMESP

Instituída pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, sua fundação data de 1981 e também tem finalidade estatutária a atuação na área assistencial da saúde, ensino e pesquisa. Sua parceria com a UNESP visa apoio ao Hospital das Clínicas de Botucatu e a Faculdade de Medicina de Botucatu.

A administração da FAMESP é composta pelo Conselho de Administração, pelo Conselho Consultivo e a Diretoria. O Conselho de Administração é o órgão de deliberação superior e de controle da administração, composto por: Diretor da Faculdade de Medicina de Botucatu; 03 (três) representantes docentes da Faculdade; 05 (cinco) membros da Sociedade Civil eleitos pelos demais integrantes do Conselho; 02 (dois) representantes dos empregados da FAMESP; e 02 (dois) membros do Conselho Consultivo.

O Conselho Consultivo tem por finalidade colaborar na realização dos objetivos estatutários da FAMESP e é composto pelos representantes das entidades ligadas a ela, como superintendente dos hospitais, reitor e docentes.

A direção é exercida pelo eleito (com seu vice) dentre uma lista tríplice de indicados pelo Conselho Administrativo. O cargo tem a duração de quatro anos.

A FAMESP, além de manter o Hospital das Clínicas de Botucatu, gerencia o Hospital Estadual Bauru, Centro de Saúde Escola, Hospital Dia da AIDS e mantém o Programa de Hierarquização da Assistência ao Parto, realizado no Hospital Sorocabano.

O Hospital Estadual Bauru “Dr. Arnaldo Prado Curvêllo” teve a conclusão de sua construção em 2001, momento em que a Faculdade de Medicina de Botucatu, com a interveniência da FAMESP, foi convidada pela SES para gerenciarem o hospital. Inicialmente, o contrato foi assinado entre a UNESP e a SES, com interveniência da FAMESP. Em 2012, a assinatura do contrato ocorreu diretamente com a FAMESP.

A direção executiva do hospital passa por professores Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Com registro de um diretor de serviço de saúde com data de entrada em 2004, este profissional possui registro de atuação profissional em outras várias unidades de saúde. Este é o único registro encontrado referente à administração.

<i>Hospital</i>	<i>Profissionais 2013/CNES</i>	<i>Registros de saída /CNES</i>	<i>Valor do Contrato (SES)</i>	<i>Terceirização/CNES</i>	<i>Acreditação</i>
Bauru	1.316	Oscilante	118 milhões (2013)	Sim	Sim

Quadro 4.12 - Dados suplementares do hospital gerido pela FAMESP

Fonte: CNES/SES

O Contrato de Gestão renovado direto entre o estado e a FAMESP tem estipulado o valor global de 590 milhões (a contratação é por cinco anos, podendo ser renovada). Em seu primeiro aditamento em 2013, o valor estipulado para o ano é de 118 milhões.

Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês

O Instituto Sírio Libanês foi qualificado como OSS em 2009, mas sua história tem longo tempo e se mistura com a do Hospital Sírio Libanês. Um grupo de senhoras que se intitulou Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês se empenhou em construir um centro de assistência médica com base em três pilares: humanismo, pioneirismo e excelência. Em 1940 ficou pronto o primeiro prédio e posteriormente foi crescendo até se tornar o Hospital Sírio Libanês, referência na América Latina em saúde. Com o hospital, também possui o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, para qualificação de novos profissionais e na disseminação do conhecimento na área de assistência à saúde.

O Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês tem o objetivo de ser um apoio aos projetos sociais da Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês, e está diretamente ligado à missão da instituição com o desenvolvimento social responsável. Além do contrato com o governo estadual para gerenciar o Hospital Geral do Grajaú possui outros dois contratos em esfera estadual, quatro unidades junto à prefeitura de São Paulo, ainda nove equipes da Saúde da Família.

Hospital Geral do Grajaú é a primeira unidade pública estadual gerenciada pelo instituto. O hospital foi inaugurado em 1998, para atendimento da zona sul paulista. A primeira organização social a gerenciar o hospital desde sua abertura foi a Organização Santamarencense de Educação e Cultura – OSEC, vinculado ao Hospital Escola Wladimir Arruda e a Universidade de Santo Amaro.

Em 2007, a renovação do Contrato de Gestão com a OSEC ocorreu, sendo previsto o valor de 81 milhões de custeio no ano para gerenciamento do Hospital Geral do Grajaú. Contudo, houve uma manifestação do Ministério Público estadual alegando que a transferência da Universidade de Santo Amaro para outra associação causou inúmeros problemas, vindo a prejudicar o Hospital do Grajaú que servia também como apoio aos acadêmicos e professores da universidade. Foi reincluído o contrato de forma amigável entre a Secretária de Estado de Saúde e a Organização Social OSEC. Criou-se uma comissão com participação da SES e com a nova OS para providenciar os trâmites da transferência (Confira no Anexo A).

Então em 2008 a Associação Congregação de Santa Catarina passou a gerenciar o hospital. As atividades seriam focadas no ensino, pesquisa e qualificação dos colaboradores. No hospital, era oferecido campo de estágio para alunos dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Psicologia Clínica para cerca de 500 alunos.

Houve reestruturação física e também da cultura interna para atender a missão e os valores da nova organização social, de cunho religioso.

Ao final do ano de 2011, novamente sob “rescisão contratual amigável” publicada no Diário Oficial entre a Secretaria de Estado da Saúde e a OS Associação Congregação de Santa Catarina, foi nomeado para o hospital um Grupo de Trabalho para promover a transferência das atividades agora para o Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês – IRSSL.

Sob a terceira OS gestora, O Hospital Geral do Grajaú Prof. Liber John Alphonse Di Dio, em 2013 possuía 1.449 registros, dos quais aproximadamente 500 são de médicos. Os principais dados dispostos pelo CNES podem ser visualizados no Quadro 4.13.

<i>Hospital</i>	<i>Profissionais 2013/CNES</i>	<i>Registros de saída/CNES</i>	<i>Valor do Contrato (SES)</i>	<i>Terceirização/CNES</i>	<i>Acreditação</i>
Grajaú	1.449	Declínio	109 milhões (2013)	Sim	Não Consta

Quadro 4.13 - Dados suplementares do hospital gerido por IRSSL

Fonte: CNES/SES

Este também é um caso em que parte do período avaliado é de uma gestão e no semestre seguinte, a gestora responsável é outra. Apesar de ser um semestre, os relatórios de 2012 não apresentam grandes alterações em relação ao ano anterior. Confira no Quadro 4.14.

Dados do Relatório de Avaliação do hospital gerido por IRSSL	
<i>Hospital</i>	<i>Grajaú</i>
Indicadores de Produção	Resultado negativo parcial
Indicadores parte variável	Resultado positivo
Indicadores de Estrutura	Leitos: 278 Funcionários: 1.471
Indicadores Assistenciais	Ocupação: 89% Tempo: 5,3 dias
Custeio (2012)	107 milhões
Contratações	64,5% CLT 20% Terceiros

Quadro 4.14 - Avaliação do Hospital Geral do Grajaú gerido por IRSSL

Fonte: SES

As taxas de ocupação e de cesáreas (não estão referenciadas nos quadros) também são indicadores assistenciais que, junto ao tempo médio de permanência do paciente internado (calculado em dias), interferem nos gastos do hospital e são motivadores de atenção

especial por parte dos profissionais envolvidos. Os percentuais informados, porém, precisam ter em consideração os tipos de atendimentos que são prestados. Por exemplo, hospitais que atendem pacientes com determinadas doenças requerem maior período de internação do que hospitais que fazem pronto atendimento e encaminhamentos, como prontos-socorros.

A administração do Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês é constituída, inicialmente, pela Assembleia Geral e se compõe de associados. Estes escolhem então o Conselho de Administração, com a função normativa superior em nível de planejamento estratégico, coordenação, controle, avaliações globais e fixação e diretrizes fundamentais do funcionamento do Instituto. Para executar o que for definido pelo conselho, tem a diretoria executiva.

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Como mais uma representação das Organizações Sociais da Saúde em São Paulo, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo⁷³ se intitula como um dos mais importantes complexos hospitalares no estado de São Paulo. Sua fundação remonta os primórdios da cidade de São Paulo, mas de certo mesmo é a inauguração, no bairro de Santa Cecília, em 1884, do Hospital Central, que se mantém sua sede até os dias de hoje.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 2013, dispõe de dois mil leitos distribuídos em treze unidades hospitalares, além de outras unidades de saúde com aproximadamente 13 mil colaboradores. Dentre eles estão o Hospital Central, Hospital Santa Isabel, Hospital São Luiz Gonzaga, Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II, Hospital Estadual de Franco da Rocha, Hospital Geral de Guarulhos “Prof. Dr. Waldemar de Carvalho Pinto Filho” e Hospital Estadual de Francisco Morato “Prof. Carlos da Silva Lacaz”. Os três últimos, resultados de parceria com o governo do estado de São Paulo.

A Mesa Administrativa, correspondente à direção da Irmandade, é integrada pelo Provedor, pelo Vice Provedor e mais 48 outros Irmãos Mesários eleitos pela Assembleia Geral Ordinária, com mandato de três anos, sendo voluntários das mais diversas áreas do poder público e da iniciativa privada. A Provedoria é o órgão executivo da Irmandade, sendo compostos pelo Provedor, Mordomos, Tesoureiro, Escrivão, Procurador Jurídico e respectivos vices. Confira o esquema organizacional parcial, correspondente a base da gestão:

⁷³ As informações foram colhidas no sítio eletrônico da entidade: <http://www.santacasasp.org.br> Acesso em: 11 nov. 2011.

Assembleia Geral => Mesa Administrativa => Provedoria=> Superintendência.

Vinculados a Superintendência estão a Controladoria, Diretoria Clínica, Diretoria de Atendimento e Gabinete da Superintendência. Na sequência estão as coordenadorias e as respectivas diretorias, englobando-as.

Desde 2008, Kalil Rocha Abdalla é o Provedor da Irmandade, sendo reeleito em abril de 2011. Ele também é procurador jurídico da entidade. Formado advogado pela Faculdade de Direito da USP em 1965, Abdalla atuou como escrevente no Fórum João Mendes Júnior, foi Oficial de Gabinete da Secretaria Estadual dos Transportes (1967-1970), membro do Tribunal de Justiça Desportiva da Federação Paulista de Futebol, diretor financeiro da Associação Brasileira dos Criadores de Cavalos Árabes e diretor jurídico do São Paulo Futebol Clube por duas vezes (na década de 1980 e novamente desde o ano 2000)⁷⁴.

Ainda para exemplo da composição variada da Provedoria: como Mordomo dos Hospitais está João Clímaco Penna Trindade, procurador e um dos diretores regionais da Associação Brasileira de Advogados Públicos; como Mordomo do Patrimônio Imobiliário está o engenheiro José Cândido de Freitas Júnior.

Na diretoria clínica está Raimundo Raffaelli Filho, que tem toda sua formação acadêmica realizada na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCP, 2011).

Conveniente destacar a descrição colocada no site da faculdade:

A Irmandade cede seus hospitais, enfermarias, laboratórios e valiosas instalações e equipamentos, para que professores, por ela pagos, pratiquem ensino do mais alto nível, dando aulas práticas de clínica médica e cirúrgica aos alunos da Faculdade e dos cursos a esta vinculados, completando e aperfeiçoando tanto na formação de novos médicos, como pela Santa Casa, de professores, habilitados a transmitir a excelência do ensino de Ciências Médicas⁷⁵.

A Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo foi criada em 1963 e é mantida pela Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho, que foi cunhada como resultado do interesse do corpo clínico da Misericórdia Paulistana para a formação de médicos.

Neste caso representativo, não há participação efetiva de religiosos na direção e conselhos, contudo ocorre em outros casos, como na Associação Congregação de Santa Catarina, onde o Colegiado tem participação de irmãs da congregação.

O Hospital Estadual Dr. Albano Franco da Rocha Sobrinho foi inaugurado em 2011, construído no complexo hospitalar do Juquery. Sua gestão está também sobre

⁷⁴ Câmara Municipal de SP. Disponível em: <http://www.camara.sp.gov.br> Acesso em: 11 nov. 2011.

⁷⁵ Disponível em http://www.fcmscp.edu.br/fcm.php?sit_id=2&sgr_id=1 Acesso em: 11 nov. 2011.

responsabilidade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Considerado um hospital de pequeno porte, possuía em 2013 o registro de 558 profissionais, desde sendo 232 médicos atuantes.

Hospital Estadual "Professor Carlos da Silva Lacaz" de Francisco Morato teve sua inauguração em 2004 e inicialmente sua gestão ficou em responsabilidade da Organização Santamarense de Educação e Cultura (OSEC) e Universidade Santo Amaro. A Irmandade da Santa Casa indica que o hospital passou para sua gestão em 2008, desde então sendo a responsável por sua administração.

O Hospital Geral de Guarulhos "Prof. Dr. Waldemar de Carvalho Pinto Filho" abriu as portas em 2000 já sob a gestão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A terceirização exercida no hospital é parcial, atendida também pelo próprio hospital como no caso da esterilização e manutenção de equipamentos. Nos diagnósticos, a terceirização fica a cargo de medicina nuclear. Isso é o registrado no CNES. Compare os dados no comparativo dos hospitais do Quadro 4.15.

<i>Hospital</i>	<i>Profissionais 2013/CNES</i>	<i>Registros de saída /CNES</i>	<i>Valor do Contrato (SES)</i>	<i>Terceirização/CNES</i>	<i>Acreditação</i>
Franco da Rocha	558	Progressivo	59 milhões (2013)	Sim	Não consta
Francisco Morato	486	Declínio Progressivo	27 milhões (2013)	Sim	Não consta
Guarulhos	1.419	Declínio em 2012	130 milhões (2013)	Sim	Não consta

Quadro 4.15 - Dados suplementares dos hospitais geridos pela Santa Casa de SP

Fonte: CNES/SES

Ao se propor gerir um hospital, a organização deve apresentar um projeto A SES com as ações a serem desenvolvidas, levando em consideração expectativa de atendimentos, investimentos, entre outras coisas. A própria secretaria de saúde não pode afirmar ‘números’ antes da abertura do hospital. Assim, dentro de um período de adaptação, houve compreensão pelos índices não alcançados do Hospital Franco da Rocha. Também, nesta perspectiva, foi possível justificar o elevado índice de terceirização, superior a 60%.

Dados do Relatório de Avaliação de hospitais geridos por Santa Casa			
<i>Hospital</i>	<i>Franco da Rocha</i>	<i>Francisco Morato</i>	<i>Guarulhos</i>
Indicadores de Produção	Saldo negativo parcial	Saldo negativo parcial	Saldo negativo parcial
Indicadores parte variável	Saldo positivo	Saldo positivo	Saldo negativo parcial
Indicadores de Estrutura	Leitos: 66 Funcionários: 498	Leitos: 109 Funcionários: 573	Leitos: 376 Funcionários: 1.368
Indicadores Assistenciais	Ocupação: 90% Tempo: 8,2 dias	Ocupação: 81% Tempo: 6,5 dias	Ocupação: 83% Tempo: 7,4 dias
Custeio (2012)	56 milhões	47 milhões	123 milhões
Contratações	26% CLT 62% Terceiros	55% CLT 31% Terceiros	62% CLT 18,7% Terceiros

Quadro 4.16 - Avaliação dos hospitais geridos pela Santa Casa de SP.

Fonte: SES

Destaque para a variação da terceirização declarada à SES nos três hospitais geridos pela organização social Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo - SECONCI

O Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI-SP)⁷⁶ foi fundado em 1964 por empresários do setor com intuito de promover ações de assistência social. A sede fica na capital, mas a atuação da entidade espalha-se por todo o estado. Em 1998 foi classificada pelo governo estadual como OSS e é responsável pela gestão do Hospital Geral de Itapeberica da Serra, do Hospital Estadual Vila Alpina, do Hospital Regional de Cotia e do Hospital Estadual de Sapopemba. Em 2010, a entidade recebeu pela parceria com o governo aproximadamente 224 milhões de reais⁷⁷.

Em 2006, foi classificada como Organização Social pelo município de São Paulo, onde passou a atuar na gerência de mais unidades da saúde.

Dentre as finalidades estatutárias, o SECONCI-SP destaca prestar assistência social, promoção, prevenção e atenção à saúde, educação e demais atividades afins à população em geral, incluídos também os trabalhadores carentes da construção civil. Assegura que não distribui lucro ou bonificações aos seus dirigentes e contribuintes, sendo seus bens e demais fontes diretas e indiretas de receitas direcionadas única e exclusivamente à consecução de sua finalidade estatutária.

⁷⁶ Dados colhidos no endereço eletrônico da entidade: www.seconci-sp.org.br Acesso em: 12 nov. 2011.

⁷⁷ Informações obtidas no Portal da Transparência Estadual.

O conselho deliberativo tem a função de dar as diretrizes para a Administração, fixando os princípios de atuação da entidade, constituído sempre por representantes de associados. Em 2013, presidido por Antonio Carlos Salgueiro de Araujo, engenheiro e empresário da construção civil. Além do presidente, compõe-se de vice-presidente, de financeiro e de conselheiros. Também é auxiliado pelo denominado Executivos, formado pelo secretário geral e os superintendentes, além Conselho Deliberativo de Gestões Delegadas. Este é presidido pelo Conselheiro Presidente da entidade (membro nato) e é composto por mais dez membros, sendo: cinco membros eleitos pela Assembleia Geral entre os associados; quatro membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho Deliberativo de Gestões Delegadas, dentre pessoas da comunidade de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral; e um membro eleito pelos funcionários do SECONCI-SP entre seus pares. Dentre suas responsabilidades, estão à aprovação de proposta de celebração de contrato de gestão, proposta de orçamento da unidade pública e a aprovação do plano de cargos, salários e benefícios dos empregados.

Caminho cursado por outras OS, o SECONCI-SP constituiu em 2007 uma entidade ligada à educação, o Instituto de Ensino e Pesquisa Armênio Crestana - IEPAC. O instituto tem como missão alinhar o aprimoramento contínuo das competências técnicas, gerenciais e comportamentais dos colaboradores e prestadores de serviço da entidade aos seus objetivos estratégicos, sendo responsável também pela difusão da cultura da entidade. Entre as linhas de atuação estão o Centro de Pesquisa, o Centro de Informação e Memória e a Escola da Saúde, que envolve enfermagem, fisioterapia e farmácia, além do ensino médico, distribuídos nas diversas unidades geridos pelo SECONCI-SP.

O IEPAC está vinculado à administração do SECONCI-SP através do Comitê Estratégico. Suas atribuições são: aprovar políticas e linhas de pesquisa, aprovar os indicadores de produção e de processos, apreciar a proposta orçamentária e a destinação de recursos, além de aprovar afiliações com outros centros e instituições.

O Hospital Estadual de Sapopemba foi fundado em 2003, gerenciado inicialmente pelo HCFMUSP (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)⁷⁸ até completar o ano 2008, repassado então ao SECONCI-SP.

⁷⁸ Sobre a transferência, consta no Diário Oficial (18/12/2008, p. 43):

“COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

Extrato de Termo de Distrato Contratual Processo: 001.0013.000.010/2002

Entidade: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP

CNPJ: 60.448.040/0001-22

Objeto: Condições em que se dá a extinção do Convênio para gerenciamento do Hospital Est. de Sapopemba
Vigência do Convênio: Prorrogado até 31/12/2008

Atende seis áreas assistenciais: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ortopedia, Obstetrícia e Pediatria e Unidade de Tratamento Intensivo. Além disso, realiza cirurgias e conta com Pronto Socorro e Ambulatório. Classificado como de nível secundário, atende exclusivamente a pacientes do SUS. Em geral, os pacientes atendidos pelo hospital são referenciados, sendo agendados por intermédio da Central de Agendamento do Governo do Estado de São Paulo.

O Hospital Geral de Itapecerica da Serra foi inaugurado em 1999, após longa mobilização popular na região solicitando melhorias na saúde pública, especialmente a construção de um hospital. Desde sua abertura, a gestão é realizada pelo SECONCI.

O hospital se apresenta com referência em boas práticas de humanização, como referência nacional para o Método Canguru e hospital Amigo da Criança. Para alcançar seus objetivos de excelência, o hospital cita possuir um sistema de qualidade formado por: Alta Direção; Serviço de Atenção ao Cliente – SAC; Serviço de Vigilância de Risco; Informação, Medição e Análise; Comitê da Qualidade; Qualidade; Comissão de Gerenciamento de Risco; Equipe de Avaliação Interna e Gestores de Serviços, formando o Comitê Gestor Hospitalar.

O Hospital Estadual de Vila Alpina foi inaugurado em 2001, sob a gestão do SECONCI. Com as políticas de qualidade da OS, o hospital recebeu em 2007 a Acreditação da ONA Nível I. A superintendência do hospital é realizada pelo gestor que também passou a administrar o Hospital de Sapopemba. Contribuem ainda na gestão um diretor de serviços de saúde e um assistente administrativo registrado junto ao CNES.

Estes três hospitais possuem Relatório de Avaliação dos quais os principais dados estão no Quadro 4.17 seguinte.

Dados do Relatório de Avaliação de hospitais geridos por SECONCI			
<i>Hospital</i>	<i>Sapopemba</i>	<i>Itapecerica da Serra</i>	<i>Vila Alpina</i>
Indicadores de Produção	Saldo negativo parcial	Saldo negativo parcial	Saldo negativo parcial
Indicadores parte variável	Saldo negativo parcial	Saldo negativo parcial	Saldo positivo
Indicadores de Estrutura	Leitos: 224 Funcionários: 1.152	Leitos: 212 Funcionários: 995	Leitos: 235 Funcionários: 1.234
Indicadores Assistenciais	Ocupação: 72% Tempo: 4,4 dias	Ocupação: 86% Tempo: 5,5 dias	Ocupação: 78% Tempo: 4,3 dias
Custeio (2012)	86 milhões	84 milhões	86 milhões
Contratações	36% CLT 43% Terceiros	50,5% CLT 26,75% Terceiros	41% CLT 40% Terceiros

Quadro 4.17 - Avaliação dos hospitais geridos pelo SECONCI

Fonte: SES

O Hospital Regional de Cotia é o último a ser aqui referenciado por gestão estadual de uma OS. Sua fundação é também esforço da comunidade pelo acesso à saúde pública que em 1975 possibilitou a abertura do hospital, por intermédio de uma instituição filantrópica. Possuía também a missão de servir como hospital escola. Com problemas financeiros, em 2002 a prefeitura decretou intervenção e repassou a gerencia à SPDM, que ficou administrando o hospital até 2005. A gestão do hospital ficou então a cargo da prefeitura e posteriormente foi passado ao Instituto de Atenção à Saúde. Em 2007, o governo de São Paulo estadualizou o hospital, ficando sob sua responsabilidade. Foi quando firmou um Contrato de Gestão com o SECONCI para gerenciamento do hospital, que permanece até a presente data sob sua responsabilidade.

No Quadro 4.18 é possível conferir dados dos quatros hospitais geridos pelo SECONCI.

<i>Hospital</i>	<i>Profissionais 2013/CNES</i>	<i>Registros de saída /CNES</i>	<i>Valor do Contrato (SES)</i>	<i>Terceirização/CNES</i>	<i>Acreditação</i>
Sapopemba	1.348	Declínio em 2012	91 milhões (2013)	Sim	Não consta
Itapecerica da Serra	1.275	Oscilante	88 milhões (2013)	Sim	Sim
Vila Alpina	1.242	Declínio em 2012	97 milhões (2013)	Sim	Sim
Cotia	805	Oscilante	62 milhões (2013)	Sim	Sim

Quadro 4.18 - Dados suplementares dos hospitais geridos pelo SECONCI

Fonte: CNES/SES

Assim como no caso do Hospital de Vila Alpina, o hospital de Cotia possui o número de ‘término de contratos’ superior ao de ‘demissões’, indicativo da forma de contratação utilizada pela OSS.

Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM

A lista municipal inicia-se com a organização social de saúde CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim", qualificada junto à prefeitura de São Paulo. Sua fundação data 20 de Maio de 1991, quando um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde se uniram para dar apoio ao Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição

Alimentação e Desenvolvimento Infantil. Por isso, a princípio seu foco era a saúde da mulher, porém depois passou para Saúde, Educação e Responsabilidade Social.

Em 2013, conta com cerca de 5.000 colaboradores, atuando com contratos de gestão e convênios com prefeituras de São Paulo, Mogi das Cruzes, Arujá, Rio de Janeiro e Embu das Artes.

Sua diretoria está composta, em 2013, por quatro médicos e um professor. Eles são eleitos pelo Conselho de Administração, que por sua vez são escolhidos pela Assembleia Geral. Esta é composta pelos membros fundadores, membros honorários e membros efetivos.

A transparência demonstra ser um dos princípios da instituição, sendo dispostos para acesso a quem se fizer interessado de certidões institucionais, balanços patrimoniais (desde sua fundação), pareceres de auditoria e relatórios de atividade.

A Escola de Saúde CEJAM foi criada junto ao Centro e é responsável por desenvolver cursos relacionados à enfermagem e outros aspectos da saúde.

O Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch - M'Boi Mirim foi inaugurado em 2008, já sob a gestão do CEJAM. É anunciado que há parceria de gestão com o Hospital Albert Einstein, o qual se torna responsável por gerenciar o dia-a-dia do Hospital, transferindo conhecimento das suas práticas assistenciais, com base nos princípios de qualidade que implanta em sua sede. O CEJAM é responsável pela gestão financeira e pela contratação dos Recursos Humanos. A comunidade também participa na composição do Comitê Técnico Gestor, que estipula as diretrizes para a condução operacional do hospital. O grupo é formado por 32 participantes, sendo 16 representantes da comunidade, 08 dos funcionários e 08 da administração do hospital.

Os registros junto ao CNES sobre a administração hospitalar é composta apenas pelo diretor de serviços de saúde. O diretor do hospital M'Boi Mirim está, junto ao CNES, registrado como médico pediatra (2013). Confira outras informações sobre o hospital no Quadro 4.19:

<i>Hospital</i>	<i>Profissionais 2013/CNES</i>	<i>Registros de saída /CNES</i>	<i>Valor do Contrato</i>	<i>Terceirização/CNES</i>	<i>Acreditação</i>
M'Boi Mirim	865	Progressivo	78 milhões (2010)	Sim	Não Consta

Quadro 4.19 - Dados suplementares do hospital gerido pela CEJAM

Fonte: CNES/Secretaria Municipal de Saúde - SP

No Relatório Anual do Hospital Municipal M'Boi Mirim, as atividades desempenhadas pelo hospital superaram o contratado com uma exceção, que ficou próximo ao

contratado, porém abaixo. Algumas atividades, como saída hospitalar e urgência/emergência, são usados de justificativas como os principais fatores que contribuíram para o déficit financeiro de 10,3 milhões. O valor repassado em 2010 (78 milhões) foi o mesmo de 2009. Sob o argumento da gestão de que também não se contemplou, assim, ajustes obrigatórios de custos com a inflação.

Por observação, é plausível avaliar que não há mudanças significativas nas gestões dos hospitais municipais em relação aos estaduais, mesmo porque no caso do Hospital Municipal Cidade Tiradentes, a OS é a mesma que gerencia hospitais estaduais. Não ocorre com o caso CEJAM, porém não foram identificados diferenciais significativos na apreciação.

Como estabelecido anteriormente, este capítulo direcionou ao reconhecimento das organizações sociais e dos hospitais sobre gerência delas. No próximo capítulo, as análises e discussões acerca destes dados e outros da pesquisa de campo.

5 DISCUSSÕES E DIRECIONAMENTOS

Os hospitais estaduais que abriram as portas depois de 1998, já o fizeram no modelo de gestão por organizações sociais. Há casos diferenciados, como em que o hospital já prestava atendimento (Hospital das Clínicas), mas foi ampliado e sua reinauguração aconteceu sob a nova forma de gestão. Ou ainda, que houve intervenção municipal, foi estadualizado e repassado a gestão a uma OSS (Hospital Regional de Cotia). De maneira geral, a gestão foi repassada para OSS.

Para entender o que ocorre dentro do hospital, foco desta pesquisa, é preciso compreender algumas movimentações que precedem a ação e determinam aspectos importantes aos quais serão submetidos. Portanto, nas discussões não haverá uma sequência estipulada ou mesmo pré-determinada de abordagem, haja vista vários elementos carecerem de explanação para, finalmente, analisar o lócus.

Assim sendo, será discutida a fase inicial que determina quem irá gerenciar o hospital. Conforme já foi sinalizado, os hospitais estaduais que recentemente abriram suas portas em São Paulo o fizeram em gestão de OSS.

5.1 A escolha

Para uma entidade que tem interesse em se tornar organização social e gerenciar um hospital é necessário cumprir com os requisitos da lei. Confira como foi o procedimento descrito por uma OSS:

Em 2008 o superintendente da Unidade Pe. Niversindo Antonio Cherubim, investiu enviando ofício para a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo para a Cruzada Bandeirante São Camilo ser reconhecida como Organização Social para receber, em gestão, Unidades de Saúde. Podendo, então prestar atendimento assistencial gratuito à comunidade carente, sendo com o orçamento da SES – SP. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) respondeu ao ofício que para ser reconhecida como Organização Social, a Unidade deveria reformar seu Estatuto Social e introduzir a formação de um Conselho de Administração formado por 10 membros, sendo 5 do seu quadro de sócios, 4 da comunidade com ilibado desempenho ético e profissional e 1 representando os trabalhadores. O Conselho seria deliberativo e teria autoridade para reformar o Regulamento da Unidade, bem como aprovar o Orçamento-Programa e o Balanço Econômico. Após reformar o

Regulamento Social e formar o Conselho os membros da Cruzada Bandeirante estavam preparados para receber as Unidades de Assistência a Saúde (CRUZADA BANDEIRANTE SÃO CAMILO, 2012⁷⁹).

Este relato legitima as informações dispostas na lei e também pela SES sobre a necessidade de qualificação como Organização Social e os trâmites para fazê-lo, inclusive revisão de estatuto e reestruturação (ou criação) do Conselho Administrativo.

Nasce do gabinete do secretário de saúde a resolução e indicação de publicação no Diário Oficial da Convocação Pública⁸⁰, momento em que informa a disponibilidade de uma unidade de saúde a ser gerida por uma entidade que já seja qualificada como organização social e convida as interessadas a manifestarem-se. Observe a parte inicial do documento modelo⁸¹:

O Secretário da Saúde, em cumprimento ao disposto na Lei Complementar nº 846, de 04.06.1998, em especial o § 3º do mencionado Diploma Legal, resolve:

Artigo 1º - Realizar a presente Convocação Pública das entidades privadas sem fins lucrativos, que já possuam qualificação como Organização Social de Saúde, nos termos da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, para que, na hipótese de comprovado interesse em celebrar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde para Gerenciar o HOSPITAL DA CESP - Porto Primavera, manifestem, por escrito, seu intento junto ao Titular da Pasta, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a contar da publicação desta Resolução (DIÁRIO OFICIAL ESTADO DE SÃO PAULO, Nº 170 – DOE de 07/09/07 –p.22).

Assinalada a intenção da OSS em gerenciar o hospital, ela tem o prazo de cinco dias úteis para apresentar um ‘plano operacional’ em que conste: a) Discriminação dos serviços de assistência à saúde a serem oferecidos à população; b) Cronograma de implantação dos referidos serviços; c) Sistemática econômico-financeira da gestão. Ainda na convocação, apresenta-se um modelo do contrato de gestão para fornecer subsídios às interessadas.

Sob tais aspectos, segue o processo de seleção. Este é crucial, pois a ‘escolhida’ será a responsável, nos próximos cinco anos, pela gestão do hospital determinado. Por tal motivo, entende-se necessária a publicação como exemplo da decisão do secretário de saúde, que também é feito pelo Diário Oficial:

Processo: 001/0500/000191/2008 –

⁷⁹ Correspondência recebida por email em 18 jun. 2012, em Anexo B como “Hospital Geral de Carapicuíba”.

⁸⁰ Confira no Anexo C um modelo da Convocação Pública.

⁸¹ Esta publicação também está disponível no site da SES. Para conferir: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/legislacao/2007/setembro/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude-n-170-10.09.07/legislacaoestadual/resolucao296de06.09.07.pdf> Acesso em: 05 abr. 2013.

Interessado: Coord. de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Assunto: Contrato de Gestão Hosp. Reg. de São José do Rio Preto
Ciente de todo o protocolado, acolho a análise e o parecer emitido pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde referente à proposta para gerenciamento do Hospital Estadual de São José do Rio Preto, nos termos da Convocação Pública realizada através da Resolução SS - 183, de 04 de dezembro de 2008.

Considerando terem sido atendidos os requisitos legais que regem a matéria e a manifestação da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde;

Considerando que apenas a OSS Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus se manifestou como interessada e apresentou Plano Operacional consistente para a gestão do hospital objeto da convocação supramencionada, em tempo hábil e na formatação requerida.

Por tudo isso, declaro que a OSS Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus será a gestora do Hospital Estadual de São José do Rio Preto, mediante Contrato de Gestão a ser firmado com esta Secretaria de Estado da Saúde, desenvolvendo as seguintes atividades: Atendimento Médico Ambulatorial, Serviço de Apoio Diagnóstico - SADT, Serviço Social, Nutrição, Psicologia, Enfermagem e Pequenas Cirurgias (DIÁRIO OFICIAL ESTADO DE SÃO PAULO, Nº 239 – DOE de 18/12/08 –p. 42).

Dois aspectos são merecedores de atenção. Inicialmente, a decisão unilateral de escolha pelo Secretário de Saúde por determinada OSS. Todavia é possível constatar que há um parecer emitido pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde - CGCSS que pode - ou não - influenciar a escolha da OSS. Esta mesma coordenadoria responde pelas avaliações dos contratos (ao qual deve ser submetido mensalmente relatório de prestação de contas), pelos regulamentos de compra de materiais hospitalares (publicados em portarias), normas gerais para contratação de obras e serviços, entre outros (coordenar as atividades relacionadas à contratação de serviços de saúde). Assim, a coordenadoria torna-se o responsável pelas ações das OSS, por consequência, tem conhecimento das ocorrências da OSS e seus respectivos hospitais mantidos. Sobre a coordenadoria, será melhor abordada posteriormente.

O secretário, ao deliberar por uma OSS, sabe que arcará com as decorrências dela. Ao mesmo tempo, a obtenção de elementos que dê subsídios para sua escolha não se torna de alto custo, observada que a sua origem é dentro da própria secretaria. Abre-se também questionamento sobre o papel da coordenadoria nas decisões do secretário, o qual será abordado em seguida.

O outro aspecto para o qual se chama a atenção é a manifestação de apenas uma OSS pelo pleito do hospital. Poderia passar despercebido, mas despertou a atenção

quando, em evento no ABC Paulista envolvendo as OSS⁸², um dos integrantes do painel - representante de OSS - afirmou que as reuniões entre as organizações sociais eram muito importantes, pois definiam objetivos e estratégias em conjunto que seriam utilizados para alcançá-los junto à secretaria. A ressalva já fora observada anteriormente por Carneiro Junior (2002, p. 219), ao indicar que “as OSS eram levadas a se organizarem para negociar assuntos de seus interesses, assemelhando-se aos prestadores privados do SUS”. Portanto, é plausível que entre elas ocorra um consenso do espaço ocupado por cada entidade. Faz-se necessário lembrar que, além dos hospitais, as OSS também gerenciam ambulatórios e outras unidades de saúde, inclusive Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde. Para encerrar esta parte, dispõe-se a narrativa das OSS sobre o processo de escolha, em sua concepção:

A primeira Unidade que a SES ofereceu foi o Hospital Geral de Carapicuíba, na região da grande São Paulo, assumido pela Cruzada Bandeirante São Camilo - OSS em primeiro de janeiro, de dois mil e nove. Construído há dez anos. O hospital estava bastante sucateado devido à falta de investimentos da antiga gestão em infraestrutura, tecnologia e equipamentos. Tinha capacidade para 245 leitos e um quadro de 1.167 profissionais (assistencial, apoio e administrativo) e 230 profissionais médicos. O interesse maior da Cruzada Bandeirante São Camilo – OSS em assumir o hospital foi poder transformá-lo em hospital-escola para a faculdade de medicina e outras da área da saúde da União Social Camiliana poder formar profissionais competentes, éticos, humanos e qualificados (CRUZADA BANDEIRANTE SÃO CAMILO, 2012).

Para outro representante das entidades, ao ser questionado por que se qualificaram como OSS, afirmou: “as entidades são assediadas para serem OSS. É interesse do governo que elas façam o gerenciamento dos hospitais” (REPRESENTANTE SECONCI, 2012). Esta afirmação é avigorada pelo Padre Cherubim (2011, p. 484): “também em 2008, após numerosas investidas neste sentido por parte da Secretaria da Saúde do Estado de S. Paulo, preparei ofício a ser entregue a mesma”. A aceitação da Cruzada Bandeirante para receber unidades de saúde ‘em gestão’ tinha como prerrogativa a gratuidade dos atendimentos e o orçamento da secretaria.

A escolha da OSS não ocorre por interposição de licitação, procedimento comum da administração pública, como aferido pela pesquisa. Os pretextos que envolvem a ação são muito mais subjetivos do que públicos.

⁸² Evento intitulado 3º Ciclo de Palestras RD Ideias Saúde no ABC - desafios e oportunidades, ocorrido em 11 de maio de 2012 na Fundação do ABC, do qual a pesquisadora participou.

5.2 A coadjuvante essencial

As organizações sociais são contratadas via indicação da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde - CGCSS e escolha do secretário de saúde, para gerir os hospitais estaduais, conforme averiguado. As ações desta coordenadoria projetam-se além de uma indicação, envolvem inúmeras decisões. Vamos compreender seu papel e de seus agentes.

Em 2013, o cargo de coordenador (comissionado) da CGCSS passou a ser exercido por uma profissional médica efetivada. Anteriormente (2012), um promotor foi cedido pelo ministério público à SES para ocupar o cargo, após a saída de um médico que respondeu pelo cargo por cerca de um ano. “O Ministério Público me emprestou para a Secretaria de Saúde com o ‘objetivo de dar mais efetividade aos trabalhos desenvolvidos por 37 hospitais e 42 Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) do terceiro setor’”⁸³, explicou o profissional da justiça ao justificar sua ida para a área da saúde. O promotor afirmou que os trabalhos de fiscalização seriam feitos por uma equipe de médicos, advogados, contadores, entre diversos outros profissionais. “Verificaremos se as entidades de saúde estão cumprindo o que foi determinado através do acordo feito com o Estado. Queremos que estes locais mostrem resultado em questão de qualidade de atendimento à população”, afirmou o promotor. Sua permanência na coordenação da CGCSS não foi maior que um ano, entretanto era prevista apenas até o final do ano corrente. Na composição desta coordenadoria também se encontrava integrantes dos Conselhos de Saúde, como confirmado nas indicações constantes em suas atas:

5- Of. nº 040/2012-NTCSS/SMS-G, de Maria Zenith de Arruda Lira (Assessora de Gestão Participativa), datado de 28/05/2012, encaminhado ao Sr. Júlio César Caruzzo solicitando a indicação de 02 membros (usuários) para compor a Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão da Secretaria Municipal da Saúde (ATA DA 160ª REUNIÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO - 14.06.2012).

Conhecer a composição é relevante para compreender sua função e sua responsabilidade. O papel da coordenadoria é fundamental no que tange as OSS, tanto as municipais como as estaduais. Pahim (2009), em suas pesquisas sobre gestão financeira das organizações sociais, relata que a SES reúne e acompanha uma série de informações relativas às atividades das OSS pela coordenaria, ratificado nesta pesquisa. Parte dessas informações

⁸³ Promotor de Justiça e Cidadania Mario Coimbra em entrevista a Erika Foglia. Disponível em <http://www.ifronteira.com/mobile/noticia-854>. Publicado em: 19 abr. 2012.

advém do Contrato de Gestão, o qual também é de responsabilidade da CGCSS (elaboração, adequações, indicadores, etc.). Outra parte chega por meio de um sistema de informações no qual o hospital, diariamente, alimenta com dados sobre internações, cirurgias, procedimentos, consultas, etc., denominada Sistema de Informações Hospitalares. Ainda são supridos com informações dos relatórios mensais, estes de cunho técnico. A coordenadoria também acompanha as compras e serviços a serem contratados, sendo que os regulamentos devem ser elaborados pelas OSS e enviados para aprovação pela coordenadoria, conforme ratificado pela representante da SES:

Em relação às despesas com material médico hospitalar, foi definida uma planilha com 42 itens para acompanhamento de preços balizados pelo sistema estadual de preços, BEC, enviada para Comissão de Avaliação e Acompanhamento no relatório mencionado anteriormente. Em caso de compra de algum destes itens acima do preço praticado pelo Estado, a unidade deve justificar a compra e o preço praticado. Em toda entrega dos documentos, uma constante é a exigência no cumprimento dos prazos (ALVES, 2009).

Por todas essas ações advindas da coordenadoria, sua atuação é primordial em relação às OSS e, por consequência, as informações a que tem acesso servem de subsídios as decisões do secretário de saúde. Assim ocorre na escolha da OSS, que acaba por ser uma ratificação de parecer emitido pela CGCSS ou na sustentação da dispensa de licitação. Confira:

Assunto: Contrato de Gestão - Dispensa de Licitação
Ratifico, nos termos do artigo 26 da Lei Federal - 8.666/93 e suas posteriores atualizações, o ato do Coordenador da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviço de Saúde, que dispensou a licitação para celebração de Contrato de Gestão com a SECONCI - Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo, qualificada como Organização Social de Saúde, visando à implantação e operacionalização da gestão e a execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual de Sapopemba. Desta forma, autorizo a celebração de Contrato de Gestão, conforme consta deste processo, respeitada a legislação vigente que regula a matéria (DIÁRIO OFICIAL ESTADO DE SÃO PAULO Nº 239 – DOE de 18/12/08 –p. 42).

A CGCSS identifica quais OSS encerram o mês com saldo negativo, por exemplo. As solicitações de prestação de conta das OSS também provêm dela. Os indícios são de que saldos negativos e irregularidades na prestação de contas são as motivadoras das “rescisões contratuais amigáveis” ocorridas, por exemplo, com o Hospital Geral de Guarulhos

e Hospital Estadual do Grajaú. A participação dela também é relevante nos encaminhamentos de alteração de OSS⁸⁴.

Artigo 3º - O Grupo de Trabalho ora constituído, procederá ao levantamento e análise dos aspectos administrativos, contábeis, financeiros, assistenciais e clínicos do Hospital Estadual “Prof. Liberato John Alphonse Di Dio” - do Grajaú, e do CEAC - Centro Estadual de Análises Clínicas - Zona Sul, elaborando relatórios circunstanciados e detalhados, para análise da Coordenação do Grupo e encaminhamento para **manifestação conclusiva do Coordenador**⁸⁵ da CGCSS - Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (DIARIO OFICIAL ESTADO DE SÃO PAULO Nº 10 – DOE de 16/01/08 – p.51).

Este é um exemplo da função desempenhada pela coordenadoria, onde o encaminhamento é para criação de Grupo de Trabalho para operacionalização das atividades durante a transição dos gestores das unidades de saúde. A manifestação do responsável produz consequência, como no exemplo em que conselheiros do Tribunal de Contas do estado notificam as parte interessadas de um processo. Observe:

PROCESSO: TC-30977/026/11. INTERESSADOS: Secretaria de Estado da Saúde, Giovanni Guido Cerri – Secretário, Responsável pelos recursos transferidos: Nilson Ferraz Paschoa, Responsável pela Comissão de Avaliação: Wladimir Guimarães Corrêa Tabora, Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM e Responsável: Rubens Belfort Mattos Júnior. ASSUNTO: Prestação de Contas do exercício de 2010, no valor de R\$ 75.532.339,57. Notifico os interessados, acima nomeados, para que, conhecendo do relatório da fiscalização e da manifestação da douta PFE, apresentem as alegações que forem de seus interesses ou adotem providências necessárias ao exato cumprimento da lei. Consigno que o prazo para resposta é de 30 (trinta) dias, advertindo os destinatários de que, na ausência de notícias, o processo irá a julgamento à revelia, podendo, ainda, ensejar a aplicação da multa prevista no inciso III, do artigo 104, da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro e 1993. Ficam autorizadas vista e extração de cópias, observadas as formalidades legais e regulamentares (DIARIO OFICIAL ESTADO DE SÃO PAULO Nº 210 – DOE de 09/11/11 – p.113).

São três pessoas que respondem, neste caso, pela SES. O próprio secretário, que é o responsável pelos despachos, o coordenador da unidade responsável pela gestão financeira (responsável pelo repasse dos recursos) e o coordenador da CGCSS.

É possível averiguar que o secretário tem autoridade para decidir sobre as OSS: quem irá gerenciar determinado hospital, renovação de contrato, aditamentos, entre outros. Sua é a palavra final. Porém, todos passam pela coordenadoria, tem seu aval ou recebem seu parecer, como em casos de aditamentos para ampliação de recursos destinados a aquisição de

⁸⁴ Confira publicação das disposições sobre a transição de OSS no Anexo A.

⁸⁵ Grifo da autora.

equipamentos. Pahim (2009, p. 83) resume a interligação entre secretário e coordenadoria: “Assim, o espírito do modelo de OSS não é o de uma “concorrência aberta”, mas antes um processo administrado pela Secretaria de Estado da Saúde”.

A coordenadoria é uma esfera a mais com interesse no espaço considerado neste estudo, o qual interfere e interpõe interesses, e do qual se evidencia forças coadjuvantes dos agentes que nela atuam.

5.3 Os contratos de gestão e a fiscalização

A ferramenta da qual o governo faz uso para definir os parâmetros de atuação da OSS. A retrospectiva demonstra que, ao ser publicado o edital para convocação de OSS interessadas em gerenciar determinada unidade hospitalar, após sua aprovação, a mesma deve apresentar um plano operacional que será apreciado pela CGCSS. Assim, passam a existir os números encontrados no Contrato de Gestão: consultas, atendimentos, cirurgias. Destes números, são estipulados os índices a serem alcançados, como papel da CGCSS. Outros itens também são determinados nos contratos como os gastos com pessoal (salários e vantagens de qualquer natureza), forma de atendimento, informações a serem prestadas ao paciente e à coordenadoria, entre outros. Como relatam Carneiro Junior e Elias (2006, p. 917):

As gerências técnico-administrativas das organizações sociais de saúde participam da definição das metas, dos prazos de execução, das etapas técnico administrativas de monitoramento e do montante de recursos financeiros destinados para a viabilização do contrato de gestão.

Procede-se, então, a construção de um contrato que seguem diretrizes, mas não é um processo unilateral. Ou seja, há consenso para determinar ações a serem realizadas no objeto - o hospital.

Ao analisar os contratos, temos algumas constatações que serão expostas na sequência. Inicialmente, o contrato refere-se a uma determinada unidade de saúde e a responsabilidade pela mesma é da OSS. A assinatura é do diretor responsável pela organização social, assim como dos aditamentos, não do responsável (diretor) do hospital. A prestação de conta, os relatórios, as solicitações por mais recursos que geram as alterações contratuais estão a cargo da OSS, conforme determina o contrato. Efetiva-se de tal modo o hospital como *lócus*.

O Contrato de Gestão passa a ser o indexador para a *accountability*. As avaliações são baseadas em especificações que constam no documento, porém com possibilidade para justificativas. O índice de controle de infecção hospitalar não ser alcançado, por exemplo, pode ter explicação e tal ser acatada pela CGCSS. Assim, não haveria penalidade. Foi acompanhado em vários casos dos Relatórios de Avaliação dos Hospitais apresentados pela SES no Capítulo III. De tal modo, constata-se haver certa flexibilidade também nas prestações de cotas, possibilitadas pelo contrato.

O documento que respalda a parceria entre o governo e as organizações sem fins lucrativos foi aprimorado desde o primeiro, publicado em 1998, com readequação nas formulações de cláusulas, retiradas de algumas e inclusões de outras. A última versão que a pesquisadora encontrou no site da SES repassa a gerência do Hospital Estadual de Bauru à FAMESP, assinado em abril de 2013. O contrato é um documento de fácil acesso, publicado o ‘modelo’ na convocação de OSS e, quando assinado, também disponibilizado pela SES, Diário Oficial, por algumas entidades também. O comparativo entre os contratos indica que não há diferenças entre eles em se tratando do conteúdo. Os diferenciais estão basicamente nos valores e nos anexos, em que são estipulados os números de atendimentos e índices, estes sim variam de acordo com a unidade de saúde gerida. No restante, é *ipsis litteris*, característica do tratamento homogêneo dado às organizações.

O contrato de gestão, na percepção de Pahim (2009, p. 140), constitui um instrumento importante como mecanismo que explicita necessidades específicas de serviços por parte daquele que deve planejar a oferta de assistência à saúde, no caso a secretaria estadual ou mesmo municipal. Mas a autora ressalta que, de acordo com que sugerem seus estudos, o governo não foi capaz de encontrar uma lógica de controle financeiro por resultados. Seria esperado o controle efetivo como parte integrante de uma estratégia que retira do setor público a responsabilidade pela provisão de serviços e o transfere ao setor privado, que para Pahim (2009), neste caso opera em condições de atuação flexíveis, o que se constatou nesta pesquisa também.

O contrato de gestão estipula quais são os caminhos que a OSS deve percorrer para prestação de consta. É possível lembrar com a citação:

5. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a CONTRATADA no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 6 (seis), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA.

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, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site www.gestao.saude.sp.gov.br disponibilizado pela CONTRATANTE e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos (SES, 2013).

O acesso ao site especificado é restrito a SES e aos responsáveis pelos hospitais, efetuado por requisição de usuário e senha. Deste modo, a secretaria recebe informações mensais referentes o hospital gerenciado e tem capacidade de avaliar se o contrato está sendo cumprido ou mesmo, se ocorrem irregularidades. Como foram verificados, os indicadores não alcançados são justificados e sua progressão ou regressão é analisada por um período, o que pode acarretar na redução dos recursos. Contudo, foi constatado que o desconto por não cumprimento do contrato incidiu uma única vez⁸⁶ pelos relatórios de avaliação da SES no período de um ano.

Em relação aos hospitais de referência neste estudo, de administração direta do estado, também há necessidade de prestação de contas, direcionada à Coordenadoria de Serviços de Saúde. A coordenadoria é a instância responsável por acompanhar a execução financeira e orçamentária dos hospitais sobre gestão estadual na perspectiva de orientar, avaliar o desempenho, impacto e resultado dos serviços de saúde prestados. Além disso, as informações também devem ser registradas no Sistema de Informações Hospitalares e ainda junto ao SUS.

Para a OSS, a prestação de conta é imperativa, sendo parte dos esforços gerenciais que carecem atenção contínua:

Conseqüentemente, a prestação de contas das atividades assistenciais desenvolvidas no hospital é por meio do Contrato de Gestão, no qual a unidade encaminha mensalmente para a SES via site toda a produtividade mensal, para verificação e análise do contrato e notificação de cumprimento de metas institucionais adotadas via Contrato de Gestão.

A prestação de conta para a SES também se faz por meio do Sistema CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviço de Saúde), no qual o hospital gerencia todas as consultas e exames disponibilizados, ofertados e agendados (CRUZADA SÃO CAMILO BANDEIRANTE, 2012).

O controle sugere ser efetivo quando se restringe a SES e a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde. Mas outras instâncias responsáveis pelo

⁸⁶ Desconto efetuado no primeiro semestre de 2012 nos repasses ao Hospital Regional de Presidente Prudente.

acompanhamento produzem indicações de que não sucede o mesmo com eles. A representante da SES esclarece como ocorre parte da fiscalização:

A Lei 846 define uma Comissão de Avaliação e Acompanhamento do contrato. Essa comissão deve ser formada pelo menos por dois representantes da Comissão de Higiene e Saúde da Assembleia Legislativa e do Conselho Estadual de Saúde, e outros membros de notório saber que são nomeados pelo Secretário. Essa comissão se reúne trimestralmente e é apresentado a ela, pela Secretaria, um relatório com todas as informações condensadas da execução do contrato. O relatório deve ser validado pela Comissão de Acompanhamento e enviado para a Assembleia Legislativa para dar publicidade ao mesmo (ALVES, 2009 p. 30).

Entre as instâncias para acompanhamento, o Tribunal de Contas. Para Carneiro Junior e Elias (2006), o trabalho do tribunal é restrito:

Do ponto de vista burocrático-legal, o controle é executado mediante procedimentos legalmente estabelecidos, isto é, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo exerce o controle contábil-financeiro, restrito apenas aos aspectos financeiro e fiscal (p.918)

O trabalho do tribunal como controlador externo, apesar das considerações dos autores, tem se demonstrado atuante ante as publicações de suas decisões. É reforçado pela representante da SES no quesito aprimoramento:

O Tribunal de Contas foi evoluindo no acompanhamento do contrato porque, por ser uma coisa nova, da qual a lógica eles não estavam habituados, havia dificuldade de entendimento, mas foi evoluindo a ponto de hoje haver uma Resolução Anual em que o Tribunal define o que deve ser apresentado para prestação de contas em relação ao contrato de gestão (ALVES, 2009 p.30).

Porém, como elemento lícito, tem entre outros pontos o ‘tempo’ como um fator que limita sua atuação. O prazo para apresentar provas, justificativas ou para recorrer de sentença, por exemplo.

O Conselho Estadual de Saúde possui poderes de fiscalização na administração direta e indireta, ou seja, nos hospitais estaduais geridos ou não por OSS. Está descrito seu papel no Código de Saúde de São Paulo⁸⁷ no artigo 65 - “Além de expressar a participação da comunidade na área de saúde, o Conselho também exerce função de controle social das atividades governamentais na área”. Como foi constatado, o seu exercício não se evidencia plausível. Carneiro Junior e Elias (2006) exemplificam:

Ainda em relação ao controle público, constatou-se que não há participação ampliada do Conselho Estadual de Saúde, uma vez que ela não se efetiva na

⁸⁷ O Código de Saúde determina as diretrizes políticas a serem seguidas e está disponível no endereço eletrônico da SES. http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces//regimento-interno/legislacao/lei_complementar_n_791.pdf Acesso em 15 jun. 2013.

formulação e no acompanhamento dessa política, como se depreende da leitura das atas de reuniões do Conselho e das entrevistas com informantes-chave (conselheiros e deputados estaduais) (p.919).

O mesmo conselho se pronunciou contra a utilização de OSS na gestão pública, fato constatado em várias atas de suas reuniões. Mas, apesar disso, não pode se abster de sua função de fiscalização. A verificação na leitura das atas das reuniões indicou que, por meio de Comissões Técnicas (no caso de prestação de contas, a responsável é a Comissão Técnica de Orçamento), há somente uma parte dos conselheiros que tem acesso à prestação de contas das OSS. Sendo aprovada pela comissão, é apresentada pelo relator ao conselho a Ata da Comissão Técnica do Orçamento e aprovada - ou não - pela plenária.

Verificou-se ainda que a prestação de contas do ano 2005 e 2006 foram analisadas pelo Conselho em meados de 2007, de acordo com as atas disponibilizadas. Retardamentos no repasse de informações também foram observados junto à Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa (observado também por Carneiro Junior e Elias, 2006) e ao Tribunal de Contas. Os Relatórios de Avaliação são executados pela CGCSS e, como anteriormente mencionados nesta pesquisa, somente estão à disposição no site da SES os relatórios do 3º e 4º trimestres de 2011 e 1º e 2º trimestres de 2012, que não abrangem a totalidades de hospitais gerenciados por OSS. Parte da pesquisa de Carneiro Junior e Elias advertiu a situação constatada neste estudo:

A investigação realizada permite validar a hipótese geral que a norteou, ou seja, que a garantia do acesso aos serviços de saúde e a efetivação do controle público não aparece centralmente na gestão dessas organizações sociais de saúde (2006, p.920).

As atas do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo não se distinguem muito do conselho estadual, reforçado pelo conselheiro (suplente) – representante do Movimento Popular de Saúde Sudeste:

O que significa que a Prefeitura faz o repasse para as OSS, onde não há transparência de valores e responsáveis pela reforma (ATA DA 157ª DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 08 de Março de 2012).

Os discursos de sindicalistas, políticos, sanitaristas, entre outros contrários às OSS recebem fomento com estas constatações. A dificuldade de acesso a informações relacionadas tanto as organizações sociais quanto aos hospitais por elas geridos foi constatado pela pesquisadora, porém não se restringe a elas.

Accountability compõe os atos indicativos da OCDE (2002)⁸⁸ concernente a essas organizações que formam parcerias com o Estado, como melhorias nos mecanismos de prestação de contas, além do processamento das informações que também em outros países oferece dificuldades. Entretanto, é recorrente observar que as relações com os *Quangos*, apresentados no capítulo inicial e dos quais se originaram como modelo para criação das OSS brasileiras, torna-se diferenciados ao receberem a qualificação de “Organização Social”. Autores como Bouckaert e Peters (2005), Gay (2010), Flinders e Skelcher (2012), entre outros, indicaram que uma fase institucional e terminológica confusa ao estudar os *Quangos* encontra-se na problemática da sua definição. Tal fato não ocorre no estudo das OSS, contudo, poderia ocorrer se considerássemos apenas como entidades filantrópicas, ou ainda, como na Lei das OSS, entidades sem fins lucrativos. Mas o nominal ‘sem fins lucrativos’, classificação em que inúmeras entidades se enquadram, são apenas um dos vários pré-requisitos para que a entidade seja uma Organização Social.

Prestação de contas mais transparente é o que também sugere a Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa. Esta comissão permanente é a que responde pelo tema ‘saúde’ na casa legislativa, e por correspondência também a Lei Complementar 846 de São Paulo, responsável pelo controle externo das OSS (com o Tribunal de Contas do Estado).

Nas atas da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa foram encontradas menções às Organizações Sociais. Na 18ª reunião ordinária, realizada no mês de dezembro de 2012 foi aprovado o Relatório de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão com Organizações Sociais referente ao 1º semestre de 2011. No mês de novembro do mesmo ano, o secretário esteve na reunião por pedido anterior dos deputados para prestar esclarecimentos sobre as OSS. Consta na ata da 16ª Reunião “O Senhor Deputado Adriano Diogo defendeu que deve haver melhor transparência no repasse para Organizações Sociais; o Senhor Secretário defende a qualidade nas parcerias e informou que houve aumento da fiscalização”. Em outra reunião, anterior, há menção sobre a diferença salarial paga a profissionais concursados do estado e os profissionais que trabalham nas OSS. Também, em outras reuniões, houve menção para melhorias na fiscalização dessas entidades, assim como propor discussão pública sobre a atuação e operacionalidade delas.

Houve, em agosto de 2011 de acordo com as atas, a eleição de dois deputados para participarem da Comissão de Avaliação de Contratos de Gestão de Organizações Sociais. Em junho do mesmo ano, o secretário Giovanni Guido Cerri esteve na reunião, onde

⁸⁸ Conteúdo apresentado no Capítulo I, relacionados aos *Quangos*.

mencionou a criação de um sistema de auditoria instalado em hospitais administrados por Organizações Sociais.

A 13ª Reunião Ordinária, realizada em dezembro de 2010, foi uma audiência pública sobre o Projeto de Lei Complementar nº 45/2010, que visava liberar uma cota de 25% dos atendimentos dos hospitais públicos para planos de saúde. Dentre as atas pesquisadas, foi a de maior participação, com representantes do SIMESP (que anunciou recorrer à justiça caso fosse aprovado), do CREMESP (indicou que é contraditório os princípios médicos de atendimento e o objetivo de lucro, sendo assim a entidade seria contrária a proposta), entre outros.

Observando as atas desde 2009 até 2013, são estas as principais deliberações provindas da Comissão da Saúde, órgão permanente da Assembleia Legislativa, que é responsável também pela fiscalização das OSS. Apenas um relatório de Avaliação, referente ao 1º Semestre de 2011 foi votado. Não há menções de outros neste período, apesar de várias referências sobre ampliar a fiscalização dessas organizações.

Das ações da Comissão da Saúde que atendam os hospitais da administração direta, de acordo com suas atas, podem-se apontar itens como:

Item 15 - Requerimento do Deputado José Cândido, solicitando a visita de membros da Comissão de Saúde às maternidades na região do Alto Tietê, como a do Hospital Regional Dr. Osiris Florindo Coelho em Ferraz de Vasconcelos⁸⁹.

Item 6 - Projeto de Lei do deputado Baleia Rossi (Conclusiva) Dá a denominação de "Dr. Luiz Roberto Barradas Barata" ao Hospital Estadual de Ribeirão Preto⁹⁰.

Além dos atos destacados, podem-se mencionar ofícios que emanam principalmente de câmaras municipais solicitando recursos ao governo para hospitais da administração direta, principalmente para suprir a necessidade de equipamentos. Nestes casos, são apenas relatados em atas para ciência.

Os relatos e explicações até aqui auxiliam na conferência de atuação do que é titulado como controle externo e interno das organizações sociais. Para esclarecer, é considerado o Conselho Estadual de Saúde (e respectivamente, o municipal pela abrangência desta pesquisa) como controle interno por ser uma de suas atribuições como instância colegiada do SUS e ser vinculado à Secretaria Estadual da Saúde, de acordo com o artigo 221 da Constituição do Estado de São Paulo. O conselho é uma figura em que se legitima a

⁸⁹ 2ª Reunião Ordinária da Comissão da Saúde em 14 de Junho de 2011

⁹⁰ 13ª Reunião Ordinária da Comissão da Saúde em 26 de Junho de 2012

participação social na fiscalização das ações governamentais, todavia não significa efetividade real e pode apresentar insuficiências que serão acometidas a seguir.

Inicia-se com o indicativo de Cohn (2009) em abordagem sobre reformas na área da saúde:

Outra diz respeito ao controle público, talvez a herança mais marcada pela experiência do passado na área, nem sempre a favor da proposta de inovação. Evidenciam-se nos estudos a respeito, apesar de alguns dos achados da análise que acompanha este texto, vícios nos processos de representação, falta de rotatividade dos representantes da sociedade, e a proeminência do Executivo na dinâmica do funcionamento dos Conselhos de Saúde (p.1617).

A autora sugere que os conselhos, representativos da sociedade no controle público, têm problemas quanto a sua formação e desempenho. A própria autora clarifica com argumentos como em que a evidência de baixa rotatividade pode traduzir insuficiência do exercício democrático no âmbito da própria sociedade civil, possibilitando que determinados sujeitos sociais como representantes dos distintos interesses econômicos e de demandas a partir de carências identificadas (COHN, 2000). A leitura das atas do Conselho de Saúde esboça a posse rotineira de novos representantes, como de sindicatos e associações, mas revela que efetivamente são os representantes do estado que, pelos cargos ocupados e a estabilidade do vínculo empregatício, são os membros de maior permanência no conselho, ratificando a posição da autora. O caso da Comissão da Saúde da Assembleia Legislativa, a participação é pelo período da legislatura, há alguns casos de deputados reeleitos e participante novamente da comissão.

Como os mais interessados são os de menor rotatividade, o conhecimento, os interesses e a manipulação podem tornar-se facilitados. Estes indícios são expostos por Corrêa (2007):

A efetivação do controle social no campo dos Conselhos é limitada, do lado dos gestores: pela não transparência das informações e da própria gestão, pela manipulação dos dados epidemiológicos, pelo uso de artifícios contábeis no manuseio dos recursos do Fundo de Saúde, pela ingerência política na escolha dos conselheiros, pela manipulação dos conselheiros na aprovação de propostas, e, do lado dos usuários: pela fragilidade política das entidades representadas, pela não organicidade entre representantes e representados, pela não articulação deste segmento na defesa de propostas em termos de um projeto comum, pelo corporativismo de cada conselheiro defendendo os interesses somente de sua entidade, pelo não acesso às informações, pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre a realidade da saúde na qual está inserido (p. 120).

Pode ser verificado junto às atas do conselho quem são os representantes e os que se fazem sempre presentes. Como representante do poder público o secretário de saúde (que pode ser substituído pelo secretário adjunto⁹¹), os secretários municipais de saúde e representantes da Universidade de São Paulo (que podem também fazer parte de OSS⁹²). Seguindo, prestadores privados de serviços de saúde (entidades filantrópicas e com fins lucrativos) e ainda, representantes dos profissionais da saúde, como sindicatos de trabalhadores da área da saúde, conselhos de fiscalização do exercício profissional e associação dos profissionais de saúde, entre outros. Mas há também a representação dos usuários, como movimentos populares de saúde, associações de portadores de deficiência e associações de moradores, entre outros. O número é considerável, contudo a participação efetiva nas deliberações aparenta ser sofrível, como afirma um representante da associação dos portadores: “a gente não sabe bem do que se trata, então acaba aprovando com a maioria” (DEPOENTE *apud* PEREIRA NETO, 2012).

Outra constatação assevera o descrito por Cohn (2000) como crescente distanciamento entre representados e representantes, consideradas que as pautas e discussões travadas naqueles espaços são marcadas por questões operacionais. As atas tratam de encaminhamentos e requerimentos, e no caso das OSS, de busca por mais informações. No exemplo a seguir, parcial de uma ata em que uma das comissões técnicas do Conselho Estadual de Saúde⁹³, a Comissão de Orçamento, Finanças e Prestação de Contas apresenta um relato dos trabalhos. Confira o embate dos envolvidos e o diálogo mantido:

O Conselheiro Arnaldo Marcolino se diz contrário à realização de visitas às OSS pois o CES deliberou pela extinção das OSS e portanto, não cabe ao CES criar uma equipe para visitar essas unidades. A Conselheira Zélia Therezinha Lopes Mimessi se posiciona favoravelmente às OSS e aponta que se deve analisar e dirimir dúvidas acerca dos serviços prestados por estes hospitais. O Conselheiro Paulo Elias lembrou que, apesar da deliberação contrária às OSS o próprio CES se faz representar na Comissão de Avaliação das OSS. Aponta ainda que não se pode negar a institucionalização das OSS, reforçando que caso o Pleno aprove a criação de equipe de visitas às unidades de saúde estaduais deve antes elaborar um roteiro prévio de visitação. Sugere ainda que sejam incorporados nas visitas usuários dos serviços. O Conselheiro Estevão Soares Scaglione aponta que se as OSS prestam serviços ao SUS, devem ser fiscalizadas pelo controle social através

⁹¹ Em 2011, por exemplo, o secretário adjunto era José Manoel de Camargo Teixeira, professor da Fundação Getúlio Vargas - SP e também médico Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

⁹² Como exemplo, em 2007, Nancime Mansur, que foi anteriormente mencionado como favorável à implantação das OSS e é integrante de uma delas, fazia parte do Conselho.

⁹³ De acordo com a Resolução nº 333, de 04 de Novembro de 2003 do Conselho Nacional de Saúde, o papel do conselho estadual é atuar na formulação e proposição de estratégias e também no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros.

de conselhos gestores. O Conselheiro Ney Rodrigues Junior registrou que como o Conselho Estadual deliberou pela extinção das OSS isto deve constar do Plano Estadual de Saúde. Lembrou ainda que exista lei aprovada criando conselhos gestores e que o CES deve lutar pela regulamentação desta lei. A Conselheira Elizabete Gomes da Silva reforça essa opinião afirmando que já que as OSS existem, o controle social deve ser implantado através de conselhos gestores. O Conselheiro José Nunes Filho afirma que o CMS de Sumaré desaprovou as contas da OSS de Sumaré e se posiciona contrário à criação de equipe de visitas, pois o CES é contrário às OSS. O Conselheiro Luiz afirma que deve haver controle social em todos os equipamentos de saúde que recebem dinheiro do SUS. Propõe que o Conselho Estadual realize um trabalho para propor a regulamentação da Lei que implanta Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde. O Conselheiro Juljan Czapski informa que o Sindosp (Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e demais Estabelecimento de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo) não recebe queixas das OSS e sim dos hospitais próprios estaduais. Propõe que se realize uma pesquisa de satisfação dos usuários das OSS e que seja implantada a fiscalização pelo controle social. Afirma ainda que, na sua opinião, o Estado não teria condições de gerenciar os hospitais das OSS (ATA DA 148ª REUNIÃO DO CES, 18/05/2007)⁹⁴.

O primeiro representante é integrante de central sindical e a segunda conselheira é representante de uma entidade filantrópica. Suas ideologias direcionam o discurso, mas como prevalece a maioria, a aprovação é resultado do comparecimento nas reuniões. Neste caso específico, ficou deliberada a criação de um grupo para visitas aos hospitais geridos por OSS.

Um discurso persuasivo provoca interferências. A fala do presidente do Conselho, realizada ao final da reunião, deve ser analisada como direcionadora e apaziguadora das reflexões contrárias às OSS. Na Ata da 188ª reunião consta:

Sobre as OSS informou estarem trabalhando muito esse assunto dentro da gestão atual da Secretaria da Saúde relatando a importância da reflexão sobre qual uso adequado dessa ferramenta de gestão e seu papel. Ressaltou a viabilização de contratação de uma auditoria *ad hoc*, que vai ser feita nas OSS e o que o CES/SP pode ficar tranquilo em relação a isso, informando que a atual gestão examinará com lupa as OSS. Esclareceu ainda que não é contra as OSS, sendo as mesmas modelos que podem efetivamente melhorar a gestão, desburocratizar e trazer benefícios para o usuário/paciente (JOSÉ MANOEL DE CAMARGO TEIXEIRA - SECRETÁRIO ADJUNTO DA SES em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA / 11 DE FEVEREIRO DE 2011).

A criação de comissões pelo Conselho Estadual de Saúde dá indícios de otimização de trabalho, consideradas suas atribuições. Entretanto, limita o acesso a todas as informações por todos integrantes do conselho. A constatação pode ser verificada nos

⁹⁴ Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/homepage/acesso-rapido/atas-e-pautas-do-ces>

encaminhamentos da Comissão Técnica de Política de Saúde reportada aos demais participantes da reunião:

O Conselho Estadual de Saúde no uso de suas atribuições delibera que seja obrigatória a instalação imediata de Conselhos gestores de Saúde respeitando a Lei 8142-90 em todos os serviços de saúde de administração direta e indireta. Porém ressaltamos que, o Conselho Estadual de Saúde não aprova os contratos de gestão para os serviços de saúde prestados por Organizações Sociais. Mais devido à especificidade do impasse e da realização desta modalidade tomamos como encaminhamento emergencial esta medida (ATA da 193ª REUNIÃO/CES 17/06/2011)

O conselho deliberou contrariedade à gestão das OSS seguindo o Conselho Nacional de Saúde. Apesar disso, devido ao papel que exercem como fiscalizadores tem em suas atribuições o policiamento das entidades (como também dos hospitais da administração direta), contratos de gestão e avaliação da execução. Na citação anterior, mais um exemplo do que comumente ocorre como o repasse de tarefas ou informações, então por meio da indicação para criação de Conselho Gestor de Saúde (teria finalidade deliberativa, destinado ao planejamento, avaliação, fiscalização e controle da execução das políticas e das ações de saúde, em sua área de abrangência).

O que se pode concluir é que há representatividade da sociedade por intermédio das centrais sindicais, associações e movimentos populares, mas a efetividade das ações tem espaço questionável. Carneiro Junior (2002 p. 220), em suas conclusões no estudo sobre as OSS afirma:

Evidencia-se, portanto, o papel do Conselho como fundamentalmente vinculado à legitimação das ações do Executivo no caso das secretarias de saúde, tal como a literatura tem apresentado os estudos sobre a participação social no SUS.

As ações do controle social, na concepção de Cohn (2003, p.17), “constituem na sua prática cotidiana instâncias de negociação regidas por uma noção que não diferencia bem comum de interesse comum”. A autora explica:

De fato, os fundamentos que justificam não só a existência dos Conselhos, mas também a própria dinâmica através da qual se dá a escolha dos seus representantes pressupõem a coincidência entre interesse comum – no sentido de que o interesse de cada grupo coincide com o interesse dos demais – e bem comum, no sentido da garantia de que os cidadãos tenham seus interesses igualmente considerados nos processos de tomada de decisão. (2003, p.17).

Na prática (nas reuniões do Conselho) significa que, se o interesse de um grupo coincide com de outro, há aprovação e, deste modo, o bem comum da sociedade não é ponto central.

5.4 As mantenedoras

São elas que gerenciam os hospitais, determinam as políticas internas a serem seguidas, estipulam como devem ser os atendimentos dentro das normas contratuais e diretrizes dos SUS, negociam os contratos de gestão e seus aditamentos, etc. De forma disseminada ao longo deste estudo, em especial no Capítulo 04, foi-se tomando conhecimento de como são compostas, identificação dos espaços de atuação, composição de seus agentes, interfaces, políticas próprias, etc. Contudo, é importante recordar que as OSS atuavam no setor da saúde antes de serem qualificada como tal, no mínimo por cinco anos. Todas eram (e continuam) responsáveis por outros hospitais, muitos que podem ser avaliados de grande porte ou referência, portanto, como modelos, e assim legitimam a escolha do secretário de saúde. Portanto, configura-se o espaço médico que ocupavam.

As organizações sociais que atuam na saúde de São Paulo (estado e município) são entidades filantrópicas, que para Guilhot (2004) realizam ações que historicamente são de responsabilidade do governo, em uma espécie de privatização. O autor analisa a filantropia e sua relação com o capital, compreendendo que a “filantropia é um fenômeno de segunda ordem que não pode ser concebida sobre os méritos de uma prática de acumulação de riqueza que é, necessariamente, em primeiro lugar” (Guilhot, 2004 p. 08). Destarte, a necessidade de entidades auxiliarem o governo na prestação de serviços que lhe dizem respeito demonstra sua fragilidade em frente ao do poder do capital financeiro. Entretanto, neste caso, o governo faz uso de entidades filantrópicas, que sobrevivem por meio de doações e caridades, e remunera-as para agirem na saúde por ele. É plausível afirmar que entidades existentes devido à fragilidade da ação estatal são contratadas pelo próprio para equilibrá-la.

No caso estudado aqui, o Estado oferece uma unidade de saúde montada - equipada, pronta para ser usada - a uma organização que, ao aceitar, irá administrá-la sem realizar investimentos com recursos próprios. A unidade não lhe pertence, permanece sob o domínio estatal e é do Estado que provêm os recursos.

No cadastro junto ao CNES o hospital é a própria Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Apesar de a gestão ser realizada por outro, o hospital continua propriedade do governo. O cadastro dos hospitais gerenciados por OSS não se diferenciam dos que são geridos diretamente pela SES.

Analise o que consta como apresentação de uma unidade no cadastro do SUS, exposto no Quadro 5.4.1.

IDENTIFICAÇÃO				
CADASTRADO NO CNES EM: 25/2/2003			ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 27/4/2013	
Nome:		CNES:	CNPJ:	
HOSP. ESTADUAL MARIO COVAS DE SANTO ANDRE		2080273	46374500014497	
Nome Empresarial:		CPF:	Personalidade:	
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE SAO PAULO		--	JURÍDICA	
Logradouro:		Número:		
RUA HENRIQUE CALDERAZZO		321		
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	PARAISO	09190615	SANTO ANDRE	SP
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	Esfera Administrativa:		Gestão:
HOSPITAL GERAL		ESTADUAL		ESTADUAL
Natureza da Organização:			Dependência:	
ADMINISTRACAO DIRETA DA SAUDE (MS, SES e SMS)			MANTIDA	

Quadro 5.4.1 - Modelo de Cadastro no CNES

Fonte: CNES (2013)

Todas as unidades de saúde do país devem realizar o cadastro junto ao SUS pelo CNES. Observa-se que o cadastro do Hospital Mário Covas foi realizado em 2003, dois anos após sua inauguração. O nome empresarial adverte sua posse, respaldada pela esfera administrativa e gestão (ambas estaduais). A natureza da organização é registrada como administração direta, representada pelo Ministério da Saúde e Secretaria estadual ou municipal de Saúde. No caso dos hospitais do município registrados, a propriedade é da prefeitura de São Paulo e a Natureza da Organização aparece como “Administração Indireta - Organização Social Pública” (CNES, 2013), o que de fato sucede. Neste estudo, as unidades de saúde geridas por organizações sociais são tratadas como administração indireta, verificada também em outros estudos.

Nas perspectivas encontradas até aqui, avigora as indicações de Keinert (2003), Carneiro Junior (2002) e Di Pietro (2008) da administração do serviço público em forma de

delegação. São repassadas tarefas (serviços de gestão, por exemplo), mas a posse permanece governamental.

Recorda-se que o Contrato de Gestão assinado pela OSS tem por objeto a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no hospital, ao mesmo tempo em que é responsável pela indenização que vier a ser julgada como consequência da ação de seus agentes. Ou seja, lhe é imputada a responsabilidade por seus atos.

As entidades que buscaram qualificação para administrar os hospitais de propriedade do governo possuíam estruturação, seja estrutura organizacional ou física. Possivelmente, houve necessidade de readequação organizacional para atender aos requisitos da lei, por exemplo, na formação do Conselho de Administração e revisão de estatutos. Este caso, anteriormente relatado, reporta-se à Cruzada Bandeirante São Camilo. As alterações não desvinculam a procedência ou modificam a propriedade da entidade.

Alguns desenhos das organizações podem ser esboçados em seu retrospecto e observados em sua composição.

A organização social Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina foi formada pelas Irmãs Marcelinas e assim se mantém. O conselho diretivo da entidade é composto pelas próprias irmãs. O histórico da organização se confunde com o do Hospital Santa Marcelina, importante referência da saúde na zona leste de São Paulo. Soma-se ao grupo a Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus, outra entidade filantrópica religiosa, localizada no interior paulista e também possui o conselho diretivo constituído por religiosos franciscanos e ainda por integrantes da sociedade. Mais uma entidade religiosa, localizada a oeste da capital paulista, é a Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico Social, que tem como superintendente um padre e segue os princípios religiosos camilianos.

A Universidade Federal de São Paulo subsidia a criação da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Localizada também no centro da capital, a UNIFESP é responsável pela composição dos conselhos e dos superintendentes da SPDM, quase totalmente compostos por professores doutores. Neste mesmo setor, seguindo, tem-se a FAEPA, que é ligada ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Sua direção é exercida por professores doutores da USP, assim como a maioria dos membros do conselho consultivo e do conselho curador. Mais uma entidade que foi criada por auxílio de uma universidade, a FAMESP tem em sua diretoria professores doutores da UNESP, bem como na maioria da composição dos conselhos de administração e consultivo.

A Fundação do ABC formou-se pela união dos três municípios do ABC Paulista. É um caso diferenciado, em que a presidência é exercida por indicação de um dos municípios que a compõe, em forma de rodízio. Desde 2012, é presidida por um engenheiro químico que trabalhou em cargos públicos, mas no passado a maioria analisada eram médicos.

O Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês é apresentado como um instrumento de apoio também ao Hospital Sírio-Libanês. A diretoria e o conselho consultivo são escolhidos pela Assembleia geral, que tem em sua formação as senhoras da sociedade beneficente Sírio-Libanês e médicos atuantes no hospital.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo é formada por membros da sociedade que passam a ser chamados de Irmãos. Desses, são escolhidos os que compõem a Mesa Administrativa, a qual escolhe a diretoria, nomeados como provedor e superintendente. Em geral, são profissionais como médicos e educadores da sociedade paulistana, que consta não receber valores monetários ou vantagens pelo cargo exercido.

O SECONCI é uma entidade filantrópica que provém do ramo da construção civil na capital. O conselho deliberativo é formado por associados do setor, responsável pela escolha da diretoria e não recebem proventos pelas funções exercidas.

O CEJAM foi formado por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde paulista. Dos associados há distribuição entre membros fundadores, honorários e efetivos, responsáveis pela escolha da diretoria. Em 2013, a direção distribuía-se por médicos e professores.

A análise revela que desde a origem das organizações, seus fins e sua composição não se modificaram no tempo nem pela qualificação como OSS. As classes envolvidas transcorrem por religiosos, profissionais da saúde, da educação, construção civil, ou seja, não é hegemônico. No entanto, a classe médica é efetiva, em especial ainda se consideradas os cargos diretores, mesmo que transitórios. A presença destes profissionais proporciona legitimação das organizações sociais na saúde.

A legitimidade evidencia-se como um anseio das entidades, especialmente por estarem em um espaço muito propenso a críticas e sobre os olhares de toda a sociedade. Destarte, a promoção das OSS por meio de eventos e publicações é uma das ferramentas utilizada para difundir e legitimar suas ações.

Foi possível rastrear vários eventos realizados para divulgação e análises do papel das OSS em São Paulo. Em geral, consiste na promoção instigada por uma organização social com patrocínio de outras entidades da área ou mesmo pelo governo. O governo sempre

se faz presente, por ser contratual o uso do símbolo e o descritivo OSS. Todavia, também nas falas de afirmações explícitas de saúde pública, especialmente da vinculação ao SUS.

A pesquisadora participou do 3º Ciclo de Palestras RD Ideias - Saúde no ABC: Desafios e Oportunidades⁹⁵, promovido por um jornal local em parceria com a OSS Fundação do ABC. Neste evento, participação de políticos regionais e estaduais, além de estudantes e demais interessados na área da saúde.

A SPDM, em setembro de 2012, promoveu o 3º Fórum de Recursos Humanos, com o tema “Colaborador: parceiro e agente transformador das instituições filantrópicas de saúde”⁹⁶. Participaram instituições de saúde públicas e privadas para incentivar a troca de experiências e discutir as principais ferramentas utilizadas na área.

Em junho de 2011 foi promovido o Fórum Nacional das Organizações Sociais de Saúde e Parceria Público-Privada, com palestras do então secretário da saúde de São Paulo e representantes de OSS do estado, entre outros. O evento foi agenciado por uma empresa de assessoria que se define como “resposta ideal para instituições de saúde que buscam a excelência em seus serviços”⁹⁷.

No Fórum, revalidou-se a percepção de que a relação entre as organizações é muito próxima e os discursos convergem entre elas e entre elas e a SES. O representante de uma OSS discorreu sobre a forma de gestão exigida dessas organizações, em novo contexto de um Modelo de Gestão: Flexibilidade; *Accountability*; Rapidez; Foco no Cliente; Inovação; e Uso Intensivo do Conhecimento (MANSUR, 2011). Para ser o modelo de gestão que se pleiteia, a organização representada passou à gestão estratégica, que na perspectiva do autor deve envolver:

- *Flexibilidade* Administrativa;
- Ênfase nos resultados/Aferição;
- Qualidade/Sustentabilidade;
- Otimização dos recursos;
- Autonomia/Governabilidade;
- Regulação/Controle Estatal;
- Controle Social (MANSUR, APRESENTAÇÃO 06/2011)

Termos como “flexibilidade”, “resultados”, “controle social” tornam-se redundantes no estudo sobre tais organizações, vertendo tanto do lado governamental como das próprias entidades e refletindo um processo de isomorfismo.

⁹⁵ Informações também disponíveis em <http://www.reporterdiario.com.br/Noticia/343520/rd-realiza-ciclo-de-palestras-saude-no-abc/> Acesso em: 10 mai. 2013.

⁹⁶ Disponível em: http://www.spdm.org.br/site/images/stories/boletins/spdm_20_2012.htm#3 Acesso em: 16 mai. 2013.

⁹⁷ Confira no site www.planisa.com.br Acesso em: 14 abr. 2013.

Ao dar sequência no discurso, Mansur (2011) aponta as estratégias da qual a OSS dispõe para realizar o modelo de gestão a que se propõe. Afirma que deve ocorrer “adaptação aos novos cenários”. Por exemplo, com o orçamento e metas: custo/qualidade e metas qualitativas, para tanto se deve buscar “melhoria contínua”. Também devem ser considerados outros desafios, outras expectativas que provem de órgãos contratantes, da rede de saúde, de colaboradores, da própria entidade, e em especial, da sociedade: pacientes e familiares. O palestrante dispõe o organograma da OSS como governança cooperativa, composta pela SPDM e suas afiliadas. Acompanha-se também o crescimento abrangente da OSS com referência às unidades que passam a ser geridas a cada ano.

Importante o que o narrador indica como oportunidades: Rede na Rede; Ganho de Escala; Padronização Técnica / gestão; Compartilhamento; Formação / Capacitação; Geração informação / Conhecimento de Sistema; Difusão do conhecimento (MANSUR, APRESENTAÇÃO 06/2011).

Aferem-se os interesses disseminados. A filantropia, a rede formada pela instituição na rede SUS. Ganho em escala, porque ao se ampliar a atuação com gestão em AMEs, Centro de Atendimento Psicossocial, Posto de Saúde, por exemplo, facilita a gestão com vistas à redução de gastos.

Mais dois itens a serem destacados pelo discurso no Fórum: compartilhamento, fato que se revela nos discursos e nas estratégias organizacionais que as OSS promovem. E difusão do conhecimento, que pode ser considerado além da simples propagação, como uma maneira de distribuir e disseminar ideias e ideologias que se formam nas faculdades.

Ainda na busca de legitimação, publicações também estão no escopo das OSS e seus interesses. A Fundação Getúlio Vargas também promoveu um debate publicado na Revista do GVsaúde da fundação (nº 07/2009)⁹⁸ intitulado “Alternativas de Gestão Pública”. Do mesmo modo, membros de OSS participaram, além de representantes públicos como SUS, neste caso.

Além de procurar legitimar a atuação das OSS, as falas proferidas e publicações levam a constar a ocorrência de um discurso parecido. Entre os escopos, evidenciar a ação governamental e a busca por melhorar o atendimento na saúde, realçados por publicações como “atendimento 100% SUS”, postagem dos símbolos do governo junto aos das OSS, publicações de comparativos favoráveis, entre outros. A presença do governo é fundamental para calar críticas de terceirização, como citado por Gonçalves no Parecer sobre

⁹⁸ Versão disponível em <http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/debates7.pdf>

terceirização e parceiros na Saúde Pública (BRASIL, 1998, p. 17): “a terceirização da Saúde, [...] dá oportunidade a direcionamento em favor de determinadas organizações privadas, fraudes e malversação de verbas do SUS”.

Também se corrobora interesse em expor ações de aprimoramento da *accountability*, foco de muitas críticas sobre o tema. Sobretudo, realçar o aspecto qualidade hospitalar, seja por meio da gestão dos recursos humanos, estratégias gerenciais ou exposição de certificados conquistados. Remete-nos à justificativa, que Boltanski e Thévenot (1991) mencionam serem os combates dos agentes colocados em situações de discordância em um espaço social, como estímulo de argumentos persuasivos para se defenderem.

5.5 Os mantidos

Algumas das conclusões que podem ser tiradas dos hospitais mantidos por OSS serão expostas na sequência.

Em relação ao CNES, as diferenças existem entre os hospitais da administração direta e da indireta, mas com limitações nas evidências. É certo, por exemplo, que a rotatividade de funcionários públicos é menor que nos gerenciados devido à estabilidade dos públicos. Para referência, a rotatividade do Hospital do Servidor Público de São Paulo na média dos meses de abril, maio e junho de 2007 ficou em 0,47% e, no mesmo período, em 2008, ateuve em 0,72%. Apresentado como *turnover* pela OSS Cruzada Bandeirante São Camilo, seu Relatório de Atividades Desenvolvidas de Março de 2012 divulga a taxa média de 2,6%, em que o pessoal de apoio tem a maior variação (5,4%), e o assistencial ficou com 1,2% de rotatividade.

A flexibilidade de contratação de mão de obra é uma das principais bandeiras dos defensores das OSS. Com a flexibilidade, pode-se trocar de funcionário caso ele não se adéque as políticas do hospital, por exemplo.

Na OS essa estabilidade está muito mais ligada à avaliação do desempenho deste profissional no seu dia a dia. Depende muito do comportamento deste profissional e dos resultados obtidos por ele, individualmente e em equipe (WIELICZKA, 2009 p. 15).

Manter o vínculo por atuação é reforçado pelo discurso dos profissionais envolvidos. Observe:

O que encontra-se nas OSS é uma organização que permite que isto aconteça; o fato de sermos profissionais contratados (regime CLT) implica que temos compromisso com os resultados, trabalhamos para uma empresa – põe-se os objetivos ao cargo pretendido, aceita-se o desafio ou não. Em aceitando-se o desafio passa a ser da OSS o ônus de fornecer as condições de realizar suas atividades com Mister, caso contrário nos desligamos da empresa (MÉDICO I, 2013).

A projeção pelo desempenho por parte da organização - contratante - e seu reconhecimento pelo outro lado, o profissional contratado, pode atuar como sincronizador das ações desenvolvidas no hospital. Poderia indicar sincronismo e, conseqüentemente, opção para se manter na unidade de saúde, já que são acordadas condições e objetivos.

A flexibilidade entendida como liberdade a que se refere o médico entrevistado ressalta uma das premissas ligadas ao espírito do capitalismo, na versão de Boltanski e Chiapello (2009, p.482):

É precisamente por estar aliado à liberdade que o capitalismo não tem domínio total sobre as pessoas e pressupões a realização de numerosos trabalhos não executáveis sem o envolvimento positivo dos trabalhadores, aos quais ele precisa dar razões aceitáveis de engajamento. Essas razões são reunidas no espírito do capitalismo.

A possível convergência nos interesses contradiz discursos como do presidente do SIMESP. Em entrevista à autora, Cavalhaes⁹⁹ afirmou ocorrer índice elevado de rotatividade dos médicos, constatados pelo sindicato e acompanhados pelas rescisões. Porém, seria uma parte apenas, pois muitos médicos se desligam dos hospitais sem fazê-lo devido serem contratados de outras maneiras, como autônomos por exemplo.

O embate proporciona visualizar as forças atuantes no espaço estudado, buscando reconhecimento. Além disso, incluem-se nuances que facultam justificativas na luta. No caso dos médicos, temas como ambiente apropriado, condições de trabalho e falta de profissionais entram como qualitativos que podem servir de condutor. Vejamos o último caso, a falta de médicos, que tem sido amplamente discutido na mídia e nos meios políticos e também se encontra interligado no espaço das OSS.

Relata-se em discussões a falta de médicos no estado brasileiro, repercutido em 2013, por exemplo, na declaração da presidenta Dilma Rousseff em trazer ao país milhares de médicos do exterior¹⁰⁰. Não é consenso, pois alguns especialistas afirmam haver o suficiente em números, o problema seria a má distribuição. Nesta perspectiva, o próprio governo federal

⁹⁹ Entrevista concedida em 27 de maio de 2013.

¹⁰⁰ O caso pode ser acompanhado no portal do site do Conselho Federal de Medicina: www.portal.cmf.org.br

tem criado programas¹⁰¹ que incentivam a formação médica em municípios que possuem falta destes profissionais. Na contramão, São Paulo é o local que há mais profissionais da saúde à disposição.

Em estudo encomendado pelo Conselho Federal de Medicina - CFM - e CREMESP, publicada em 2011, algumas informações são pertinentes ao analisado aqui. Entre elas, que os estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste contam com a metade dos médicos que estão concentrados no Sul e no Sudeste e também que há nítidos sinais de acirramento da desigualdade na distribuição de médicos, a favor do setor privado (DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, 2011).

Em evento que debateu a saúde no ABC paulista, a presidente da Associação Paulista de Medicina Regional Santo André, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra¹⁰² defendeu que os obstáculos aos médicos atualmente estão mais focalizados no: a) inadequado financiamento do sistema único de saúde, b) ausência de uma carreira médica de estado, c) prática de baixos salários, honorários vis. d) péssimas condições de trabalho.

No mesmo evento, no debate acerca dos profissionais e a demanda do mercado, o prefeito do município de Santo André afirmou ser ‘complicado’ o mercado dos profissionais, referindo-se ao fato de que o município provê um aumento salarial aos médicos e as OSS, na contramão, lançam também aumento salarial. Assim, há dificuldade na manutenção de uma equipe médica, pois os profissionais acabam por se movimentarem pelas melhores remunerações oferecidas. Scheffer, pesquisador do sistema de saúde brasileiro e um dos coordenadores da pesquisa Demografia Médica no Brasil afirmou em entrevista:

A rede de saúde da capital, por exemplo, foi esquartejada, há mais de 10 organizações gestoras, que promovem uma batalha salarial, uma concorrência predatória, que leva à falta e alta rotatividade de médicos. Mantém contratos precários, temporários, com CNPJ, cooperativas etc. Aniquilam a possibilidade de estruturar um plano de cargos e salários (SCHEFFER 2013, p. 9).

As repercussões das assertivas sobre o mercado da mão de obra médica podem ser averiguadas nas contratações. Para o profissional médico, o processo seletivo na maioria das OSS examinadas trata-se de análises de currículos e entrevistas. Para outros, como enfermeiros, o processo normalmente envolve uma prova teórica, além de outros estágios.

¹⁰¹ É o caso do Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, no qual são distribuídas bolsas aos interessados em atuar no interior do país, inclusive com abatimento de 100% para médicos formados com auxílio do FIES - Programa de Financiamento Estudantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

¹⁰² No evento 3º Ciclo de Palestras RD Ideias - Saúde no ABC: Desafios e Oportunidades, senhora Alice Lang Simões Santos (2012).

Outro fator que comprovaria a dificuldade nas contratações pode ser acompanhado nos cadastros dos profissionais médicos junto ao CNES. Em geral, o médico possui em média três diferentes postos de trabalho, sendo que mais de 30% acumulam quatro ou mais locais de trabalho (DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, 2011). Nos vínculos, junto ao CNES, há casos de médicos com até 12 registros, mas a média são cinco. Nesta perspectiva, o que desperta a atenção é que o médico normalmente presta serviços em outras unidades da mesma OSS e, também de forma geral, há sempre no mínimo um vínculo direto com o setor público, sem intervenção de OSS por exemplo.

A jornada de trabalho dos médicos é, em média, superior a 50 horas semanais e quase um terço dos profissionais trabalha mais de 60 horas por semana (DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, 2011). Os médicos que atuam nas OSS também seguem a média brasileira, em uma verificação simples junto ao CNES.

Um destaque perceptível nos discursos que envolvem recursos humanos das OSS é a relação estrutura física / profissional. Já aludido por Santos (2012), que foi constatado no estudo da Demografia Médica do Brasil (2011) e reforçada na fala da representante das organizações sociais:

A qualidade no ambiente de trabalho e a manutenção da estrutura física, também estão relacionadas com o desempenho dos recursos humanos. Manter as boas condições de trabalho é fundamental, faz diferença, porque as pessoas passam grande parte de suas vidas naquele ambiente. Quanto aos equipamentos, é necessária uma manutenção preventiva, um equipamento para substituição em caso de quebra (WIELICZKA, 2009 p. 16).

A autora do discurso foi funcionária da SES e, após aposentadoria, foi trabalhar como diretora executiva em uma OSS. Afirma ser conhecedora da realidade encontrada em hospitais da administração direta e a gerida por OSS. A ideia da estrutura física também é realçada por outro representante, superintendente de um hospital mantido por uma dessas entidades. Porém, o mesmo garante:

E novamente se coloca a questão de que não adiantam equipamentos fantásticos, tomógrafos de última geração se os colaboradores não estão à altura desse desafio (FRENK, 2009 p.12).

Os discursos convergem aos aditamentos constantes dos Contratos de Gestão que solicitam acréscimos de recursos para aquisição de equipamentos e investimento em infraestrutura. Em verdade, como todos possivelmente desejam, o médico entrevistado finaliza sua fala com o seguinte argumento “O profissional de saúde deseja, entre outras,

exercer sua profissão com dignidade” (MÉDICO I, 2013). Talvez seja a justificativa cabível a ambos os casos no embate do espaço ocupado.

A flexibilidade para gerenciar os recursos humanos é também uma bandeira que acena nos discursos favoráveis às OSS. A facilidade para contratar e demitir é confirmadamente maior do que na administração direta (estatutários), portanto a rotatividade tem possibilidade de ser superior. O fator limitante fornecido no Contrato de Gestão é não ultrapassar os gastos com salários e afins em 70% do valor global das despesas de custeio. Este percentual foi observado em apenas um caso nos Relatórios de Avaliação dos Contratos de Gestão da SES e foi justificado pelo hospital como esporádico. Nos relatórios, há variação de percentuais entre as entidades, demonstrando que políticas de recursos humanos são diferenciadas entre elas, mas há predominância nas contratações CLT sobre a terceirização.

As formas de contratação utilizadas pelas OSS em seus hospitais gerenciados se evidenciaram análogos, revelando novamente o isomorfismo entre as organizações. Podem ser via CL - que tem se demonstrado a mais usual -, mas além dela há contratações via cooperativa, por exemplo, que ocorre para enfermagem e técnicos de enfermagem. Muitos médicos são contratados por equipes, prestando serviços terceirizados em determinada área médica. Como afirma o gestor a favor dessa modalidade:

São empresas constituídas somente por médicos que prestam serviços numa área determinada. O que contratamos é uma prestação de serviço, nós não contratamos necessariamente horas de trabalho, embora em algumas situações se contratem coberturas específicas (FRENK 2009, p.13).

Outros ainda podem ser contratados como pessoas jurídicas. A variação na forma de contratação e também quando e quanto contratar, além de demitir ao ser considerado necessário é enfatizado pelos gestores da área. É possível observar no discurso da gestora como a flexibilidade é importante na forma de conduzir os recursos humanos, adequando às necessidades de mercado e também da instituição.

Outro ponto a ser considerado é a competitividade do mercado. Hoje, particularmente o médico, sai de manhã de um serviço e à tarde ele está empregado em outro. É preciso então trabalhar, tendo muito firme aquilo que se quer, os resultados desejados e ter a coragem, às vezes, de demitir. Mesmo com falta de profissional, é necessário demitir alguns, porque às vezes é melhor você não ter o profissional do que ter alguém que está trabalhando contra. Essa é uma das vantagens da OS. Ela, por contratar por CLT, tem essa agilidade de, se não trocar – porque às vezes não encontra o substituto –, pelo menos tirar aquele que não está bem no serviço (WIELICZKA, 2009 p. 15).

A terceirização segue nos registros dos CNES. O predomínio ocorre em serviços de apoio, como ambulância e lavanderia, por exemplo. Além disso, nos serviços especializados como de diagnósticos. A terceirização pode ser acompanhada também nos hospitais de administração pública, como no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. A Secretaria Municipal de Saúde em 2008 indicou parceria do hospital com terceiros através de: locação de leitos de psiquiatria, prestação de serviços de higiene e limpeza, exames de diagnósticos, lavagem de roupas, prestação de serviços médicos entre outros. Ressalta que a terceirização é respaldada por processo licitatório, como confere a publicação em Diário Oficial que repassa o gerenciamento e manutenção da agência transfusional do hospital referido¹⁰³. A terceirização, pelos registros do CNES, é presente em todos os hospitais que constam neste estudo, com no mínimo, um serviço dos serviços de apoio repassado a terceiros.

Nos questionamentos que envolvem as OSS, apresentado no início desta pesquisa, foi abordada a terceirização. A legislação brasileira sobre a terceirização destaca que o processo pode envolver apenas as atividades meio do contratante (mesmo do governo), como serviços de segurança, limpeza e conservação (Lei nº 7.102/83), desde que não ocorra a subordinação direta.

A Súmula 331 apresentada pelo TST - Tribunal Superior do Trabalho aprova a prática de terceirização em atividades meio, além de fixar a responsabilidade subsidiária para a empresa tomadora. A indagação que a publicação da súmula não clarifica é a determinação das atividades meio e atividades fim. Palmeira Sobrinho (2006) considera que se os atos complexos praticados por um trabalhador forem decompostos em atos simples, concluir-se-á a de que nem sempre é possível determinar-se a validade do critério meio - e - fim, posto que tais atos, embora diferentes, são igualmente necessários à produção. No caso dos hospitais, os médicos exercem a atividade fim nos serviços hospitalares prestados.

5.6 A gestão hospitalar nas unidades mantidas

¹⁰³ Pode ser conferido no link <http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/NavegaEdicao.aspx?ClipID=CT679U855OGQVe884C5UN320D2G&PalavraChave=hospital>

Talvez seja o produto de mais expressividade que as OSS divulgam. A forma como se gerencia o hospital é a garantia de colheita dos resultados, seu *game over* junto à sociedade e junto a sua contratante, a secretaria de saúde. É a procura por legitimar a atuação das OSS. Provavelmente por este motivo, o gerenciamento hospitalar tem se revelado, para algumas OSS, objeto de exposição e consignação. Entretanto, segue acolá disso.

A gerência hospitalar revelada pelo CNES tem algumas particularidades. Em âmbito geral, os cargos de diretores são exercidos por profissionais da saúde nomeados pela direção das organizações sociais. Como na maioria dos casos os hospitais abriram suas portas sob a direção da mantenedora, o diretor trouxe em sua bagagem conhecimentos de outros ambientes. Em casos analisados, atuavam em outros hospitais da mesma OSS. A mudança de diretor não segue parâmetros notados no CNES como periodicidade ou eletivo, todavia prioritariamente alterado por outro profissional indicado que atuava no hospital.

O Regimento Interno do Hospital Geral de Carapicuíba (gerido pela OSS Cruzada Bandeirante São Camilo)¹⁰⁴ cita a eleição do Diretor Clínico e os procedimentos envolvidos, como finalização do processo eleitoral em ata a ser remetida ao CREMESP. O Hospital Estadual de Ribeirão Preto direciona, por seu Regimento Interno¹⁰⁵, que o Conselho Diretor (órgão máximo deliberativo) é o responsável pela escolha do Diretor Clínico:

Seção II

Do Diretor Clínico

Art. 11º – O Corpo Clínico elaborará, por meio de eleição, uma lista tríplice de nomes de médicos e desta lista o Conselho Gestor indicará o Diretor Clínico para o cumprimento de mandato de 02 (dois) anos, podendo ser reconduzido. O Conselho Gestor reserva o direito de não aceitar a lista tríplice e assim solicitar nova lista (DIÁRIO OFICIAL DE SÃO PAULO, 2009).

Ao conselho pertence à decisão de escolha do Diretor Geral do hospital, entre outros diretores especificados no regimento.

Aos hospitais de administração direta, foi constatada eleição no Hospital do Servidor Público Municipal¹⁰⁶ para os cargos de diretor e vice-diretor clínico e da Comissão Ética. Ao ser localizada uma publicação de eleição em um hospital estadual, buscou-se contato com a SES que não admitiu a exigência de eleição por parte da secretaria. De acordo com a pessoa responsável pela Coordenadoria de Recursos Humanos “A eleição do diretor

¹⁰⁴ Disponível no site do Hospital: <http://www.hgcarapicuiiba.org.br/cadastro-medico-regimento> Acesso em: 03 jul. 2013.

¹⁰⁵ Publicado em Diário Oficial do Estado: Nº 191 - DOE de 10/10/09 - Seção 1 - p.95

¹⁰⁶ Para conferência: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_do_servidor_publico_municipal/noticias/?p=47348

clínico dos hospitais em gestão estadual obedece às normas e legislação do CFM e CREMESP”¹⁰⁷.

A Resolução do CREMESP nº 134, que regulamenta a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.481/97, entre outros, prescreve sobre o diretor hospitalar no estado paulista:

5. Diretoria Clínica e Técnica.

5.1. Tanto a Diretoria Clínica quanto a Técnica, cargos privativos de médicos, possuem suas atribuições definidas na Resolução CFM nº 1.342/91 ou outra que por ventura a substitua, devendo constar expressamente no Regimento Interno as funções de ambos, de forma clara e objetiva.

5.2. O Diretor Técnico se constitui em cargo de confiança da Diretoria da Instituição, podendo ser nomeado médico não integrante do Corpo Clínico, posto que o Regimento Interno não pode criar obrigações que vinculem a administração do hospital.

5.3. O Diretor Clínico se constitui em cargo de representação médica dentro da instituição, motivo pela qual deve ser eleito pelo próprio Corpo Clínico.

Portanto, o Conselho ao qual todo médico que atua no estado de São Paulo deve ser registrado determina eleição para escolha de diretor clínico e escolha por indicação da diretoria no caso de diretor técnico, livre de ser hospital privado ou público, por exemplo, mas essencialmente cargo exercido por médico. Foi o averiguado com a pesquisa, com diferenças em que o profissional permanece registrado como médico junto ao CNES em alguns casos ou passa a ser registrado como diretor em outros.

A direção hospitalar nas entrevistas com médicos não tem alusão específica, no entanto podem ser caracterizadas algumas intervenções como “Variabilidade menor de cargos em função da política” (MÉDICO 01), compreendidos como cargos de confiança, normalmente gerenciais. Ou então, “Possibilidade de desenvolver interfaces entre assistência e administração” e, do mesmo modo, “condições de desenvolvimento profissional” (MÉDICO 02), em uma manifestação para exercer cargos superiores.

A gestão hospitalar das unidades geridas pelas OSS tem seguido sua constituição, como formada por professores no caso das provindas da educação/pesquisa, ou por padres/irmãs, nas religiosas. Nos demais cargos como assistentes e auxiliares junto aos CNES observa-se variação para cada hospital, mas é válido rememorar que a terceirização pode custar omissão de dados.

A composição da administração dos hospitais apresenta-se bem diferenciada, assim como a nomenclatura para defini-la. Por exemplo, o Hospital Regional de Cotia, mantido pelo SECONCI possui a seguinte estrutura: Superintendência Hospitalar, a qual a

¹⁰⁷ Contato via email realizado pela autora junto à SES, retornado por Maria das Neves Silva em 2 de julho de 2013.

Gerência Executiva Hospitalar é submetida, somada as subdivisões entre: Gerência de Tecnologia da Informação; Gerência de Comunicação; Gerência da Qualidade; Gerência Médica Assistencial; Gerência de Enfermagem; Gerência Técnica; e Gerência Administrativa. Pode ser caracterizado ainda como no Hospital Geral de Itapevi, em que a diretoria é composta por Diretor Administrativo, Diretor Assistencial, Diretor Médico e Diretor de Apoio.

Nos hospitais da administração direta, tem-se o modelo do Hospital Regional Sul com a Diretoria Técnica de Departamento De Saúde, ao qual consta como assessorada por Grupo Técnico de Gerenciamento Hospitalar, Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho e o Serviço de Recursos Humanos. Complementam a direção os departamentos: Divisão Médica; Divisão de Enfermagem; Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; Divisão de Apoio Técnico; e Ambulatório Regional de Especialidades Sul. O Hospital do Servidor Público Municipal possui como instância máxima o Conselho Gestor, com participação da comunidade. Dele, determina-se a Superintendência e são atrelados os departamentos de Atenção à Saúde, Técnico de Administração e Infraestrutura e o Técnico de Gestão de Talentos.

Conselho Gestor também é encontrado nos hospitais geridos por OSS, como no Hospital Estadual de Ribeirão Preto, relatado em capítulo anterior. Neste exemplo, insere-se a presença do governo estadual por meio do Diretor Técnico do XIII Departamento Regional de Saúde da Comarca de Ribeirão Preto.

Com obrigações prescritas no Contrato de Gestão, como manter um Serviço de Relacionamento com Cliente¹⁰⁸ que visa traduzir em números a satisfação dos serviços prestados nos hospitais, além de índices a serem alcançados, a gestão hospitalar tem a imperiosa obrigação de funcionar, de fazer a “coisa andar”.

As estratégias são diversificadas, mas seguem o caminho gerencial das organizações e suas ferramentas: planejamento estratégico, *Balanced Scorecard*, PDCA¹⁰⁹, *Just in time*, gestão de processos, *Lean Six Sigma*, dentre inúmeras metodologias encontradas. Todas as táticas usadas vão de encontro com os objetivos que devem ser impetrados. Pode-se conferir pelo exemplo citado por um representante de OSS do que seriam finalidades da SES e direcionamento às organizações sociais e os hospitais por elas geridos:

Resultados esperados e obtidos com as Organizações Sociais:

¹⁰⁸ A SES também dispõe de serviço de Ouvidoria para todas as unidades de saúde. Entretanto, verifica-se menor divulgação aos usuários. Por exemplo, o contato da ouvidoria é disponível no site da SES.

¹⁰⁹ *Plan-do-check-act*, ferramenta de gestão com as quatro ações utilizada para controlar e melhorar processos e/ou produtos.

Administrativos:

-fiscalização por parte da secretária de saúde; fixação e execução de metas; implantação de protocolos; prestação de contas; agilizar a colocação em prática da Emenda Constitucional nº 29¹¹⁰; facilita a universalização da assistência gratuita; realiza auditorias.

Assistenciais:

- porcentagem mais elevada de ocupação dos leitos; média de permanência dos doentes mais baixa; número de cirurgias e partos maior; número de exames e consultas mais elevado.

Sociais:

-redução do tempo de espera; assistência mais próxima do domicílio; redução e até extinção das filas; rapidez na realização do diagnóstico.

Recursos Humanos

- menor absenteísmo; reposição mais rápida - sem concurso.

Técnicos:

- conserto mais rápido de equipamentos e instalações; dispensa da licitação.

Econômicos:

- redução expressiva dos custos da assistência médica em média 35% (MANSUR, 2011).

As informações prestadas pelo palestrante são conferidas nas ações contidas nos relatórios de um dos hospitais mantido (Hospital Geral de Carapicuíba, Março 2012).

Dentre elas:

- Mutirão de ortopedia para alcançar as metas contratuais,
- Renegociação com fornecedores devido a reajustes contratuais,
- Validação de manual de atendimento denominado “Diretrizes e Normas”,
- Registro de elogios e reclamações dos usuários e suas respectivas providências,
- Implantação de formulários de *cheklist* de politrauma e ambulância,
- Iniciação de visitas diárias a pacientes com previsão de alta para otimizar a gestão de leitos.

Foram ações desempenhadas em vários âmbitos que conferem efetividade ao discurso do representante da OSS, ou seja, melhorias para alcançar os objetivos que a SES deseja. Os profissionais que desempenham suas funções neste espaço acatam e replicam o ideário da SES nas estratégias das organizações. É possível identificar na descrição de um dos seus médicos, em que o hospital mantido torna-se o local “ideal de construir saúde pública de qualidade”, por ser um “ambiente de trabalho sem vieses da administração pública convencional” (MÉDICO 02).

Há também o enfoque aos funcionários, que por obrigatoriamente destaca-se nos discursos sobre o tema. Para conhecimento, continuamos no discurso do representante da

¹¹⁰ Fixa os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, por estados e municípios. A União deve aplicar em saúde o correspondente ao valor empenhado no orçamento anterior, corrigido pela variação do PIB. Os estados ficaram obrigados a aplicar 12% da arrecadação de impostos, e os municípios, 15%. Fonte: Agência Câmara de Notícias.

SPDM, que em 2013 informa possuir o quadro de funcionários em torno de 40 mil profissionais, portanto, tem significativa representação.

Dentro do *Balanced Scorecard* que a organização implantou, com gestão de projetos e implantação do “Escritório de Projetos”¹¹¹, pode ser visualizado o tratamento dispensado aos profissionais da saúde. Mansur (2011) explana então a política voltada ao colaborador, nomenclatura que as OSS têm preferência em fazer uso. Como política de contratação, a mesma é feita via CLT e a preferência é para pessoal localizado na área operacional. Também há menção para Recrutamento e Integração, Serviços próprios e Promoções internas. Para a qualidade de vida no trabalho, saúde ocupacional e projeto denominado Viver Bem.

Ao desenvolvimento de pessoas, ações permanentes e continuadas: Capacitação de lideranças, Cursos de Gestão, Gestão de Projetos, Cursos internos, Educação permanente. Na gestão, descrição de cargos, avaliação por desempenho e promoções internas. Ao corpo clínico, de acordo com Mansur (2011), é fornecido remuneração por desempenho da seguinte forma:

- a) Parte Individual: Pontualidade / Absenteísmo; Adesão aos protocolos; Queixas no serviço de atendimento ao cliente;
- b) Parte Equipe: Produção e Indicadores de Qualidade.

Cada OSS traça suas estratégias de acordo com os propósitos e com as ferramentas a que possam dispor. Vejamos o caso também tratado no mesmo evento (Fórum Nacional de Gestão das Organizações Sociais e Parcerias Público-Privadas, em 2011), em que a representante apresentou a versão do Hospital Geral de Carapicuíba para a gestão de pessoas, na seguinte perspectiva:

Investimento em recursos humanos:
O diferencial no HGC são os profissionais, por isso investimos na capacitação técnica, comportamental e motivacional.
Em planejamento:
- Mapeamento das competências
- Estruturação de Cargos e Salários
- Estruturação da Seleção Profissional
- Avaliação de Desempenho (por competência)
- Pesquisa de Clima Organizacional
Aquisição de software integrado - específico em RH (MASSARENTI, 2011)

¹¹¹ Apresentado com objetivo de “Gerenciar os projetos das instituições afiliadas da SPDM visando a melhoria do desempenho no desenvolvimento das ações estratégicas, das pessoas, compartilhando os melhores projetos entre as instituições e, assessorando no processo decisório” (MANSUR, 2011).

A OSS projetou carreira para cargos e salários em 2011, passível de compreender como forma de isomorfismo entre as organizações qualificadas. A Fundação do ABC (Responsável pelo Hospital Mário Covas) lançou, em 2007, o primeiro Plano de Cargos, Carreira e Salários da fundação, contando com cinco níveis salariais e profissionais (a saber, operacional, administrativo, técnico, médico e docente) dentro dos quais são contempladas promoções horizontais e verticais (BALANÇO SOCIAL – FUDAÇÃO DO ABC, 2007).

Os benefícios e salários compõem a gestão de pessoas, além da capacitação que demonstra ser ponto convergente entre as OSS. Pode servir como exemplo material apresentado no Relatório de Atividades da FAEPA, que gere o Hospital Estadual de Ribeirão Preto:

TREINAMENTO E CAPACIDAÇÃO PROFISSIONAL

Os gestores do Hospital mantêm uma política permanente de treinamento e capacitação no decorrer do ano, objetivando o desenvolvimento de competências individuais e coletivas para aumentar a eficiência dos profissionais no desempenho de suas atribuições e elevar os padrões de qualidade na assistência à saúde prestada aos usuários do Hospital Estadual de Ribeirão Preto.

Para aprimorar o sistema de treinamento, no final de 2011 o Hospital começou a utilizar a ferramenta LNT – Levantamento das Necessidades de Treinamento. O instrumento foi disponibilizado aos responsáveis pelos setores do Hospital e aplicado a todos os colaboradores da unidade. A grade de treinamento para o ano de 2012 utilizará os dados coletados pelo LNT. Os diversos treinamentos realizados em 2011, contou com a participação de cerca de 800 empregados (RELATÓRIO DE ATIVIDADES - FAEPA, 2011 p. 88).

O reconhecimento das políticas de qualificação é identificado nas entrevistas dos médicos: “Oportunidade de aquisição de maiores conhecimentos e reciclagem dos profissionais, através de educação continuada” (MÉDICO 06), que ainda complementa com o quesito qualificação e seu efeito: “maior compromisso com a qualidade da assistência visando a segurança do paciente” (MÉDICO 06).

As políticas aplicadas aos recursos humanos não se tratam de exclusividade da administração indireta. O desenvolvimento pessoal é recorrente também nos hospitais de administração direta, como verificado junto ao Hospital do Servidor Público Municipal, em material intitulado ‘Gestão pela Qualidade no Hospital do Servidor Público Municipal’, como pode ser acompanhado no descrito:

O Hospital destina verba específica para as atividades de treinamento, capacitação e reciclagem dos profissionais, embora os valores dependam da disponibilidade orçamentária. Apesar da limitação de recursos orçamentários, há um investimento interno em treinamento fazendo com que não haja grandes prejuízos na reciclagem dos colaboradores (2008, p. 08).

Aos hospitais sob o governo estadual incide a Coordenadoria de Recursos Humanos, vinculada à SES, que entre outras atribuições, tem a missão de planejar, coordenar e promover ações de gestão de pessoas e efetivar políticas que se distribuem por áreas como apoio ao desenvolvimento institucional, seleção e desenvolvimento de recursos humanos, planejamento dos processos de recrutamento e seleção, controle de recursos humanos. Integrado à Coordenadoria de Recursos Humanos (RH), encontra-se o Observatório de RH em Saúde de São Paulo¹¹²:

Integrando a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil, apoiada pela OPAS e pelo Ministério da Saúde, a Estação Observa RHSP é resultado de uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e instituições com expertise em investigação na área da saúde, o Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) e a Fundação Getúlio Vargas (GV-Saúde). Esta estação foi constituída face à necessidade de investigar problemas e gerar conhecimentos relativos à gestão e regulação de Recursos Humanos, a partir da perspectiva da gestão pública em saúde, buscando indicações capazes de orientar políticas no setor. As pesquisas desta estação estão concentradas em três eixos de investigação: Formação e Mercado de Trabalho em Saúde, Gestão de Recursos Humanos no Sistema Único de Saúde e Recursos Humanos em Atenção Básica à Saúde e o Programa Saúde da Família (SES, 2013).

Das publicações, podem-se encontrar dados como o principal motivo da rotatividade dos servidores da SES¹¹³ entre 2009 e 2011: aposentadoria (50,21%) e demissão (39,32%); pesquisa de clima organizacional¹¹⁴ ou mesmo a constatação de elevado índice de sedentarismo entre os funcionários da SES (77,3% das mulheres e 63,3% dos homens)¹¹⁵.

Abordado anteriormente, o recebimento por produtividade também é precedente em hospitais da administração direta. O Prêmio de Produtividade Médica¹¹⁶ - é recebido por meio de um processo de avaliação que considera os seguintes fatores: produtividade, grau de resolutividade, assiduidade, qualidade dos trabalhos prestados, responsabilidade e eficiência na execução das atividades. Deste modo, coloca os médicos efetivados em cargo público em condições similares aos de ordem privada, em perspectiva de produção/ganho.

¹¹² Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-recursos-humanos/conteudo-das-areas-do-gadi/oberva_rh/observatorio-de-rh-em-saude-de-sao-paulo Acesso em: 01 jul. 2013.

¹¹³ Boletim do Observatório de RH em Saúde Número 7 - Outubro 2011.

¹¹⁴ Boletim do Observatório de RH em Saúde Número 10 - Agosto 2012.

¹¹⁵ Boletim do Observatório de RH em Saúde Número 12 - Fevereiro 2013.

¹¹⁶ Estabelecido pela Lei Complementar nº 1.193/2013. Anteriormente, havia outras formas de incentivo à produtividade, como estabelecido na Lei 9.352/1996, Lei 10.154/1998 ou ainda pela Lei 14.016/2010 que foram incorporadas pela publicada em 2013.

Além do Prêmio de Produtividade Médica, os hospitais de administração direta possuem o “Contrato Programa”, uma espécie de contrato visando resultados e respectiva remuneração, instituído em 2008 pela SES:

O Contrato Programa é um instrumento formal, registrado em cartório, que estabelece metas de produção, qualidade e eficiência para os hospitais públicos. As metas são estabelecidas entre as equipes da SES/SP juntamente com os dirigentes do hospital e são acompanhadas pela CSS (Coordenadoria de Serviços de Saúde), em reuniões periódicas de avaliação de desempenho (PERDICARIS, 2012 p. 03)

A pesquisadora afirma que “[...] o processo de contratualização trouxe melhores resultados tanto para os indicadores de processo (*output*), quanto para os de impacto (*outcome*), considerando-se os dados e período analisados” (PERDICARIS, 2012 p. 22). Entretanto, além dos resultados, é importante ressaltar a utilização da ferramenta que já era referência no caso das OSS, o Contrato de Gestão, no incentivo à produtividade.

Nos indicadores de produtividade, problemas como absenteísmo é uma constante relatada a desfavor de várias classes de trabalhadores e atinge também aos da saúde. Em pesquisa da própria SES¹¹⁷, em 2011 a taxa de absenteísmo entre seus servidores foi de 3,30%. Se considerados apenas os médicos, a taxa no período é de 1,39%. Foram considerados os afastamentos por doença. No Relatório de Atividades Desenvolvidas da Cruzada Bandeirante São Camilo (Março, 2012), a média de absenteísmo no período foi de 3,8%. O setor de apoio ficou com a maior taxa (5,6%), seguido pela técnica (3,1%), depois a assistencial (2,9%).

A gestão com foco em problemas como faltas e adesão a protocolos indica as estratégias de combate. A satisfação do usuário, a produção (determinada em número de atendimentos) e indicadores de qualidade estão no Contrato de Gestão como objetos de avaliação e servem para determinar montante a ser repassado ao hospital.

Outro objetivo dos hospitais mantidos é a interação com a comunidade, sugerida pela SES e que se demonstrada ativa. É o caso da Política de Humanização¹¹⁸, indicada pelo SUS em nível nacional e adotada pela SES de São Paulo (portanto, sua propagação deve estender-se por todos os hospitais geridos ou não por OSS). Pode-se acompanhar seu resultado no site do Hospital Regional de Presidente Prudente:

A Comissão de Humanização do Hospital Regional de Presidente Prudente tem como objetivo implementar o Programa de Comprometimento com a

¹¹⁷ Boletim do Observatório de RH em Saúde Número 12 - Outubro 2012.

¹¹⁸ A política busca potencializar e fortalecer uma cultura humanizadora para contribuir na solução de desafios que, reconhecidamente, dificultam a qualidade da implementação do SUS. Pode ser acessada na <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/homepage/acesso-rapido/politica-estadual-de-humanizacao>

melhoria da qualidade no atendimento ao paciente e das condições de trabalho para os profissionais. Foi através deste pensamento que criou-se o treinamento para os funcionários, promovendo ações de incentivo e valorização do trabalho para que eles possam acolher com qualidade os nossos usuários. Desde sua implantação o grupo realiza ações e programas, como: Grupo de Voluntários; Programa Mãe Canguru; Programa Relactação; Visitas de avós (maternos e paternos) no berçário; Datas comemorativas; Brinquedoteca; Serviço de Atendimento ao Usuário (S.A.U); Momento musical nas enfermarias e hemodiálise; Extensão do horário de visitas; Ampliação do número de visitantes na UTI adulto no período da noite; Implantação de palestras mensais com temas variados para os funcionários; Realização de campanhas (HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE, 2013).

A humanização procedente nos hospitais da administração direta ou indireta é compreendida como uma necessidade pelo SUS e, para que se suceda, é necessário o comprometimento e disposição dos profissionais. Como suporte, a auditoria interna reforça as estratégias de qualidade hospitalar. O Hospital Estadual de Ribeirão Preto implantou em 2009 o grupo de auditores internos, constituídos por profissionais de diferentes áreas do hospital com objetivo de avaliar e registrar os processos de trabalho e as ações em qualidade. No caso de não conformidades identificadas, é gerada uma Solicitação de Ação Corretiva e Preventiva (RELATÓRIO DE ATIVIDADES FAEPA, 2011).

Há também a auditoria externa, entre elas a da SES, como informa o relatório de atividades da FAEPA, em que se explicam quais os benefícios:

AUDITORIA EXTERNA

Em outubro de 2011, o Hospital Estadual de Ribeirão Preto aderiu ao programa da Secretaria Estadual de Saúde para Implantação do Modelo de Excelência de Gestão nos Hospitais vinculados à Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, tendo recebido a primeira auditoria em dezembro. O projeto tem como objetivos:

- Contribuir para a mudança da cultura organizacional nos hospitais e ambulatorios de especialidades integrantes da Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP).
- Contribuir para a melhoria do gerenciamento dos hospitais e ambulatorios de especialidades da SES-SP, e, conseqüentemente, contribuir também para a melhoria da assistência prestada por essas unidades.
- Organizar um Banco de Boas Práticas na SES-SP com vistas a promover o processo de Benchmarking (RELATÓRIO DE ATIVIDADES FAEPA, 2011, p. 87).

Somam-se às auditorias externas as destinadas a acreditação hospitalar, incentivada também pela SES e que parte expressiva dos hospitais gerenciados por OSS participam (pesquisados os hospitais relacionados como referência para a pesquisa e não foram encontrados na relação de organizações certificadas. Dos hospitais municipais inseridos

nesta pesquisa, o Hospital Municipal M'Boi Mirim possui Acreditação Plena válida até 2014)¹¹⁹.

Como citada em parte anterior, algumas OSS e seus hospitais fazem uso de empresas de consultoria em gestão, por vezes específicas na gestão hospitalar e para organizações sociais. Também, em busca da acreditação¹²⁰, parte considerável dos hospitais tem procurado auxílio gerencial¹²¹ (em 2013 foram contabilizados 11 hospitais estaduais com algum nível de acreditação, todos geridos por OSS).

A entrevista de um médico que presta serviços em hospital gerido por OSS indica os caminhos que são seguidos neste tipo de gestão: “Primeiramente, a gestão de um hospital por OSS se assemelha do modelo privado, que é voltado para a obtenção de resultados mediante otimização de recursos” (MÉDICO 06). Portanto, a pesquisa evidencia a busca por resultados nos índices estabelecidos contratualmente. O juízo para ‘otimização’ se faz nos recursos limitados, que em alguns casos se demonstraram não serem suficientes, de acordo com os abalçamentos expostos anteriormente.

Seguindo, o médico afirma:

As alterações são consequências da mudança do vínculo trabalhista estabelecido entre o colaborador e a instituição. Servidores concursados e que possuem estabilidade tendem a ficar mais acomodados, diferentemente daqueles com contrato baseado na CLT. A possibilidade de se demitir ou admitir colaboradores de forma mais rápida e sem necessidade de processos demorados acarreta em consequências tanto para o empregador quanto ao empregado.

Se, por um lado o colaborador sente-se mais pressionado em apresentar resultados para não ser substituído, por outro a instituição também deve melhorar as condições de trabalho e disponibilizar recursos para não perdê-lo, já que o colaborador não se sente preso pelo fato de não possuir o benefício do vínculo concursado (ENTREVISTA - MÉDICO 06).

O quesito salário nas entrevistas obtidas foi quase suprimido, abordado diretamente apenas na fala do médico que afirma haver “melhor remuneração aos profissionais” (MÉDICO 07). Quiçá seja mais tema ‘proibido’ nas organizações sociais. Entretanto, abrem discussões sobre as formas de contratações (CLT, concurso, terceirização,

¹¹⁹ É possível pesquisar os hospitais e demais unidades de saúde acreditados no site da ONA - Organização Nacional de Acreditação. <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas> Acesso em: 22 mai. 2013.

¹²⁰ A Acreditação é o termo usado para certificação hospitalar, conforme o ONA - Organização Nacional de Acreditação -, um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado. Disponível em <https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao> Acesso em: 15 mai. 2013.

¹²¹ O Instituto Qualisa de Gestão - IQG - é referência e se promove: “IQG é a empresa líder do mercado de certificação e implementação de programas de gestão de qualidade do segmento saúde com uma estrutura construída ao longo de mais de 15 anos”. Disponível no endereço: www.iqg.com.br Acesso em: 15 mai. 2013.

pejotização¹²², cooperativa, entre outras), valores salariais e rotatividade. Sobre os valores, houve constatação de serem superiores aos dos hospitais de administração direta (outrora mencionado em pesquisa do Tribunal de Contas, abordado pelo secretário de saúde Cerri, questionado pelo SIMESP, devido às terceirizações e indicado por prefeito como problemas na sustentação dos médicos no ABC paulista). Zelizer (2006) reafirma a necessidade de atenção ao assunto e segue além:

Atribuir importância a forma de pagamento não tem nada de trivial. Temos numerosas provas que atestam como a forma de compensação interessa, inclusive aos dirigentes de grandes empresas que, além da remuneração monetária, comumente recebem uma série de vantagens em espécie. Suprima o carro fornecido pela empresa, os banheiros reservados à direção ou as viagens de prestígio e você estará diminuindo parte daquilo que distingue um executivo dirigente de outros (p.389).

A compensação que a autora menciona em sua pesquisa está relacionada ao que denomina *personal care*, mas verifica-se que aos médicos é de singular significância. Palavras como dignidade, oportunidade, bem estar, possibilidade, compromisso são percebidas nas entrevistas como estabelecimento de uma relação de cumplicidade entre empregador-empregado (nas diversas formas possíveis).

O profissional da saúde coloca a flexibilidade de contratação (observada anteriormente por Ibañez *et al.* 2001 como uma das características para maior eficiência nos serviços públicos) como fator de produtividade. O governo estadual criou políticas que incentivam a produtividade aos cargos estáveis (leia-se concursados), como apresentadas anteriormente. Trata-se de uma estratégia gerencial de ordem privada aplicada na gestão pública.

O médico entrevistado finaliza: “Em suma, a gestão por OSS é benéfica ao modelo porque força as instituições a oferecerem boas condições de trabalho ao mesmo tempo em que os colaboradores trabalham com metas e indicadores de resultados” (MÉDICO 06). Contrapõe-se com as perspectivas relatadas por Montañó (2007), em que a eficiência nos serviços públicos por meio da publicização seria alcançada devido à precarização, focalização e localização dos serviços, com perda das dimensões de universalidade, de não-contratualidade e de direito do cidadão, retirando a responsabilidade do capital. No discurso sindicalista de Cavalhaes¹²³ (2013), a rotatividade elevada nos hospitais mantidos por OSS

¹²² ‘Pejotização’ é um termo que advém em alusão à abreviação “PJ”, utilizada para designar pessoa jurídica. O contratante faz uso da pessoa jurídica adquirida pelo empregado para pactuar contrato de prestação de serviços, o que pode subverter uma relação de emprego.

¹²³ Entrevista em 27 de maio de 2013.

sugere o descontentamento com as condições trabalhistas, portanto não seria a opção do profissional da saúde entre os seus objetivos e os objetivos apresentados pelo hospital.

A eficácia na gestão das OSS ainda é colocada em questão por parte da mídia. Leme (2011)¹²⁴ relata que 70% dos equipamentos geridos pelas organizações sociais apresentaram déficit em 2010 (estão inclusos unidades como Ambulatórios Médicos de Especialidades). Segundo a jornalista, sua pesquisa nos balanços publicados por hospitais públicos indica déficit em 18 das 22 unidades, contabilizando algo próximo a 147 milhões em 2010. Contando também com dificuldades de acesso a informações, Leme (2011) retorna publicações anteriores do site divulgando que as despesas do estado de São Paulo com o que identifica de “terceirização da saúde” tiveram mais que o dobro do aumento do orçamento público entre 2006 e 2009 (os gastos com as OSS teriam aumentado em 114 % no período).

Em entrevista à Rádio CBN em outubro de 2012¹²⁵, o promotor Arthur Pinto Filho fez questão de lembrar que todos os gastos das organizações sociais são bancados pela prefeitura (estava referindo-se ao caso municipal), não há investimentos por parte das OSS nos hospitais geridos. Com a experiência de mais de dez anos de gestão das organizações sociais, o promotor alega que há condições em fazer afirmações como em que o custo de um hospital público pelas entidades ser 40 % superior ao da administração direta (refere-se a informações provindas do Tribunal de Contas do Estado). Outra situação levantada pelo promotor é referente às contratações, por não possuir avaliações como nos casos de concursos públicos. As contratações nas OSS seriam por meio de análise de currículo, o que demonstraria fragilidade na garantia de ser um profissional apto ao serviço.

O que se revela, portanto, é que há manifestações contrárias aos argumentos dos discursos partidários das OSS e avigoram o papel da crítica disposto por Boltanski e Chiapello. Os autores citam:

Uma crítica que se esgota, seja vencida ou perca virulência possibilita que o capitalismo afrouxe seus dispositivos de justiça e modifique impunemente seus processos de produção. A crítica que ganha virulência e credibilidade obriga o capitalismo a reforçar seus dispositivos de justiça, a menos que, ao contrário – se o ambiente político e tecnológico o permitir -, acabe constituindo uma incitação para desfazer as regras do jogo, transformando-se (2009, p.64).

¹²⁴ Confira em <http://www.viomundo.com.br/denuncias/hospitais-publicos-de-sp-gerenciados-por-oss-a-maioria-no-vermelho.html>. Acesso em: 12 dez. 2013.

¹²⁵ A gravação está disponível em <http://www.carlosneder.com.br/site/radio-neder/19/arthur-pinto-filho-fala-sobre-organizacoes-sociais>. Acesso em 12: dez. 2013.

Assim, no espaço em que se encontram as OSS, encontram-se ainda forças como Ministério Público, Tribunal de Contas, sindicatos, imprensa, entre outros, que compõem o ‘jogo’ e estabelecem ‘regras’. A crítica tem papel fundamental, como demonstrado pelos autores.

Avante, Boltanski e Chiapello enfatizam:

Isso significa que a possibilidade de autocoerção por parte do capitalismo não depende apenas da força da crítica, mas também da força dos Estados com os quais o capitalismo precisa contar para que aqueles que garantem seu funcionamento se sintam vinculados à sua promessa de autolimitação e respeitem aquilo que, nos contratos, se refira não só aos interesses das partes, mas também ao bem comum (2009, p. 519).

Críticas à parte (e consideradas), o governo exerce força e tem o poder coercitivo para interferir e definir regras do jogo com vistas na garantia do bem comum no espaço das OSS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo refletiu sobre o movimento de reestruturação governamental que incorreu em processos como privatização e publicização, através da utilização de estratégias gerenciais da iniciativa privada aplicada aos serviços públicos em forma de terceirização, delegação, corporação, entre outros e envolve o denominado Terceiro Setor. Concomitante, sucedia o movimento por melhorias na saúde pública, denominado Movimento Sanitário Brasileiro, que também trazia em seus esboços indicações para participação popular nas políticas públicas do setor. De forma distinguida, sucede uma convergência de interesses pela participação da sociedade junto ao Estado. Institui-se na publicação da Lei nº 9.637 em maio de 1998 e legitima a parceria do Estado com as organizações sem fins lucrativos. A aplicação da lei ficou limitada em órgãos do governo federal, entretanto, propagou-se nos governos estaduais e municipais, especialmente entre aliados do seu proponente. É o caso do estado de São Paulo, com a implantação da Lei Complementar nº 846 ainda no mesmo ano, e do município paulista, implantada em 2006 (Lei nº 14.132).

De acordo com as evidências coletadas com a pesquisa, algumas discussões passam a ser realizadas. Inicialmente, das parcerias entre Estado e sociedade foram abertas vagas na saúde públicas a serem ocupadas por “pessoas jurídicas de direito privados”, e mesmo sem fins lucrativos, trabalham na perspectiva da iniciativa privada. Estes espaços passaram a ser geridos por organizações sociais que contratam preferencialmente profissionais formados pelas próprias (ou institutos ligados a elas). Desta forma são disseminadas suas técnicas, estratégias, conhecimentos, domínio, cultura, evidenciadas pela homogeneidade. Também estes médicos, que são os ocupantes de cargos de diretores nos hospitais, fomentam estratégias que visam alcançar números e índices estipulados por Contratos de Gestão. Busca-se ainda garantir a legitimidade da ocupação pela OSS neste ambiente considerado.

Cria-se, portanto, um novo espaço que passa a ser tomado por entidades do setor privado sem fins lucrativos na área da saúde pública. Desta ocupação e em busca de sua legitimidade, as OSS qualificadas distribuem-se pelo território estadual, demarcado por intermédio de disseminação cultural (também com anseio de ampliar sua região de abrangência, que se evidencia por estratégias e resultados expostos em uma luta simbólica). Entre as onze organizações sociais qualificadas citadas nesta pesquisa, cinco tem sob sua gerência exclusivamente um hospital público (estadual ou municipal). Todavia, de todas elas,

apenas a FAEPA gerencia somente o hospital regional, sendo que as demais, além do hospital ou hospitais relacionados, gerenciam outras unidades públicas de saúde, como ambulatórios, centros especializados, entre outros.

Em grande parte dos casos, as unidades de saúde geridas têm localização aproximada, ajustado para que a OSS seja responsável por determinada região da saúde. A visualização no mapa (FIGURA 6.1) identifica as regiões das organizações mais próximas ao município de São Paulo, com maior número de hospitais¹²⁶.

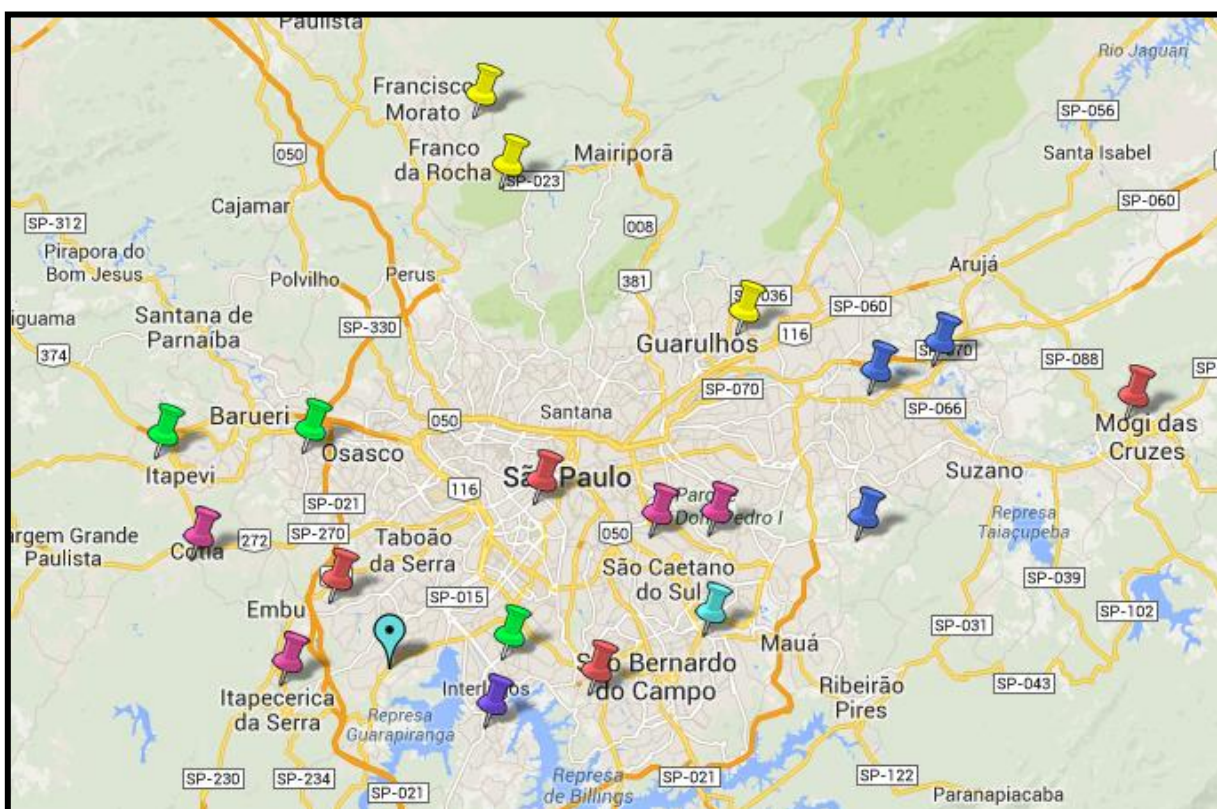


Figura 6.1 - Distribuição das OSS na região metropolitana de São Paulo

Fonte: elaborado pela autora com auxílio de dados disponíveis no GOOGLE MAPS

Legenda:

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|-------------------|
| | - Santa Marcelina | | - Santa Casa SP |
| | - SPDM | | - Fundação do ABC |
| | - Cruzada Bandeirante São Camilo | | - SECONCI |
| | - IRSSL | | - CEJAM |

Sobre a distribuição localizada no interior paulista, a OSS Lar São Francisco, possui quatro hospitais sob sua gestão, ficando com a região noroeste do estado. A FAEPA é responsável pelo hospital em Ribeirão Preto, e em Bauru a responsabilidade é da FAMESP. Na perspectiva espacial da grande São Paulo, tem-se então a região leste com ocupação da

¹²⁶ O mapa da distribuição das OSS no estado paulista consta no Apêndice A.

OSS Santa Marcelina, a região centro-sul está sob os cuidados da SPDM e a Cruzada São Camilo que também atua na região central - mais a oeste da região metropolitana de São Paulo. O IRSSL, a última organização qualificada pelo estado, se estabelece ao sul. A Santa Casa é responsável pela região norte, como em Guarulhos, Francisco Morato e Franco da Rocha. A Fundação do ABC está no seu local de fundação, seu berço. O SECONCI é o mais distribuído, ao centro e também pelo sudoeste.

A Figura 6.2 exemplifica a ampliação das unidades de saúde (que vão além dos hospitais) geridas pela instituição e que também ocorre com as demais OSS. Demonstra a ocupação do espaço, neste caso pela SPDM.

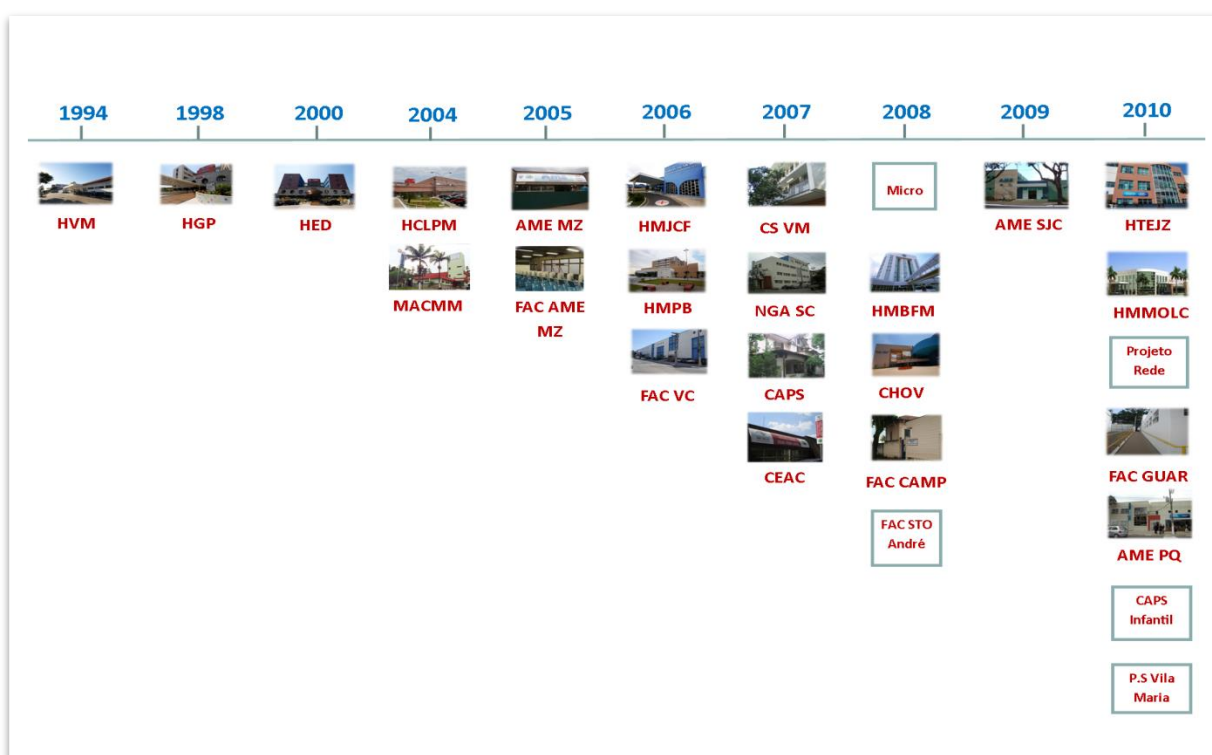


Figura 6.2 - Crescimento do atendimento da SPDM

Fonte: Mansur, 2011

Outro exemplo de difusão nas unidades de atendimento pode ser conferido com a Associação Lar São Francisco, que além dos três hospitais que gerencia para o estado, possui outros três Ambulatórios Médicos de Especialidades – AMEs, sendo um em Presidente Prudente, outro em Atibaia e outro em São José do Rio Preto. A Fundação do ABC, além do Hospital Mário Covas, gerencia AMEs em Mauá, Santo André e Praia Grande. O SECONCI, além dos hospitais e das AMEs em Heliópolis e Sorocaba, gerencia Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde, Serviço Estadual de Diagnóstico por

Imagem II e a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde. Todas as unidades relacionadas possuem Contrato de Gestão com a SES.

Como as organizações também visam a formação de profissionais, tornam-se pólos de distribuição e aplicação de seus conhecimentos e princípios, marcando posições dominantes. Ressalta-se que neste processo isomórfico de domínio há anuência do governo, por ser quem convida e determina qual a OSS vai gerir determinada unidade de saúde.

A segunda proposta para discussão refere-se à reestruturação e a inserção de agentes que, de acordo com Bourdieu (2005), geram um rearranjo de forças proporcionais ao poder que exercem. Destarte, com a lei, se estabelece uma nova distribuição de poder ao governo estadual sobre as organizações qualificadas e abre-se para atuação de entidades como o Conselho de Saúde, a Assembleia Legislativa e o Tribunal de Contas (como fiscalizadores).

Para se sustentarem no espaço e garantir que seus pacientes (que são os clientes) fiquem satisfeitos, as OSS precisaram adotar algumas imposições e reformular estratégias. É o caso da inclusão de representantes da sociedade junto ao Conselho Administrativo, um requisito imposto pela lei que tem como objetivo minimizar críticas de opositores. A homogeneidade da gestão pela qualidade é imputada pela necessidade de alcançar índices (inclusive de satisfação dos pacientes), advindos da forma gerencial ingressa na parceria com a iniciativa privada. As críticas, que Boltanski e Chiapello (2009) consideram fundamentais para mudança, têm efeito explícito identificado pelo estudo. O discurso unívoco de eficiência proferido pela rede organizacional envolta no processo de delegação às OSS ecoa como justificativa para apaziguar os opositores. A exposição em eventos, fóruns, publicações, entre outros, busca legitimar o processo, mostrar mudanças, apresentar resultados favoráveis, ressaltar qualificação, ou como afirmam os autores, buscar apoio moral para aperfeiçoar e incorporar dispositivos de justiça (BOLTANSKI E CHIAPELLO, 2009).

As primeiras bandeiras contrárias às OSS foram levantadas pelos sanitaristas e muitos ainda seguem com ela. As críticas podem ter exercido o seu papel e o reconhecimento da correlação de forças atuais que agem sobre o SUS - tais como fundações estatais e OSS (FLEURY, 2011) -, seria um dos primeiros indicativos de acedência pelo movimento. Outro representante sanitaria afirma haver uma “propensão às iniciativas de agenciamento colateral da administração indireta, com migração para a égide e marco regulatório do Direito Privado” (MIRANDA 2011, p.18). Para o autor, é necessário lutar por reformas substanciais na administração pública que possibilitem melhorias na gestão orientada, não restrita às continências de controle, regulação e condução. É importante recordar que representantes do governo sinalizaram também a necessidade de adequações nas parcerias com a sociedade. A

pesquisa de Dowbor (2012), que expõe a incursão de sanitaristas no governo Lula, repercute uma nova forma gerencial de parceria batizada como Fundação Estatal¹²⁷ (que se assemelha ao das OS) e se difundiu pelo país, acompanhado pelas OSCIPs (BAGGENSTOSS e DONADONE, 2013). Fica a sugestão para estudos mais aprofundados sobre esta abordagem, em especial no tema de sanitaristas e as fundações estatais.

Na sequência das discussões propostas, analisa-se que a privatização e a desestatização não ocorrem efetivamente, considerando-se que a presença do Estado se mantém na propriedade do hospital, nos índices estabelecidos no Contrato de Gestão, no próprio contrato, na prestação de contas, nos recursos repassados e ademais. Também não se considera uma terceirização, o que seria ilegal aos olhos da lei - observado que a justiça permite apenas terceirizar 'atividades meio', como serviços de lavanderia, limpeza, segurança, etc. Uma ressalva pertinente - e mordaz -, faz-se ao recordar que estes serviços, quando contratados por hospitais da administração direta, são feitos por processo licitatório. Autentica-se, portanto, a classificação de Di Pietro (1999), Carneiro Junior (2002) e Keinert (2003) como delegação, explanado pelo repasse da gestão do serviço público a outrem, pessoa jurídica de direito privado, porém sem fins lucrativos.

Com a delegação, a participação social a que se propunha o movimento estatal que resultou na lei em foco nesta pesquisa, se concretiza na escolha individual do secretário de saúde pela OSS que irá gerenciar a unidade de saúde definida. Há indicações da coordenadoria, indicação de interesse pelas organizações, entretanto a palavra final é individual, sem licitação.

Para finalizar, focalizo o hospital, lócus de embate desta pesquisa, recorrendo-se aos direcionamentos de Donadone (2002), substanciados em Douglas (1996) e Usem (1993), em estudo envolvendo consultores e gerentes no país. Afirma o autor que “[...] é possível visualizar um processo de guerra cultural onde a visão financeira da empresa se encontra situada no quadrante do individualismo ativo” (DONADONE 2002, p. 115), na explicação da atuação dos consultores como intermediadores em um mundo gerencial, até então ocupado por gerentes.

Ao converter este conceito para o hospital, tem-se que os contratos de gestão fornecem as metas, os índices a serem alcançados e estes são os resultados que os médicos precisam apresentar. Acatar o propósito é escolha dos médicos e pode ser conferido em seus

¹²⁷ As informações podem ser visualizadas na proposta para debate disponibilizada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão em http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/arquivos/081005_PFE_Arq_proposta.pdf

discursos: “[...] o fato de sermos profissionais contratados (regime CLT) implica que temos compromisso com os resultados, trabalhamos para uma empresa – põe-se os objetivos ao cargo pretendido, se aceita o desafio ou não” (MÉDICO 04). O foco médico nos resultados assemelha-se aos consultores na intermediação exercida. Vide: “[...] a gestão de um hospital por OSS se assemelha do modelo privado, que é voltado para a obtenção de resultados mediante otimização de recursos” (MÉDICO 05). As ferramentas gerenciais são exploradas com maior sagacidade do que nos hospitais da administração direta para legitimar sua atuação no espaço em que ocorre o embate, e é a forma de garantir que seus propósitos (leia-se projetos) sejam alcançados. Pode ser configurado na fala espontânea de um médico em conversa com a pesquisadora: “Muda tudo! Especialmente a autonomia do médico! Aqui posso fazer como eu quiser” (MÉDICO 07). É plausível fazer a releitura da seguinte fala: ‘aqui posso realizar meu projeto’.

A flexibilidade presente nos discursos da OSS garante ao profissional da saúde (individual ou equipe, por meio de CLT, contratos) executar seu projeto e, ao considerá-lo finalizado, sua saída é certa, partindo para outro. Consta na descrição do Novo Espírito do Capitalismo de Boltanski e Chiapello (2009, p.144), a respeito da Cidade por Projetos a explicação para essa movimentação: “Mas, como os projetos, por natureza, são temporários, a aptidão para desligar-se de um projeto e ficar disponível para novos elos conta tanto quanto a capacidade de engajamento”. Ao concluí-lo, o médico se ‘engaja’ em outro, facilitado pelo mercado de trabalho ocupado. Insere-se neste engajamento a fala do agente, que reflete a ocupação do espaço “Possibilidade de trabalhar com pessoas na maioria da mesma instituição acadêmica” (MÉDICO 01). Complementa-se com a constatação de que os profissionais, em sua maioria, possuem outros vínculos na ‘rede’ de serviços da OSS a qual optaram a pertencer. Assim, o que o sindicato declara como elevada rotatividade pode ser, em verdade, a opção do profissional em executar um novo projeto.

Como observado ainda pela pesquisa o mundo gerencial faz-se presente nos hospitais da administração direta. A entrevista de um agente envolvido que declara que o hospital gerido por OSS é “Ambiente de trabalho sem vieses da administração pública convencional” (MÉDICO 02), foi revelado também por Donadone (2002) em que os consultores identificavam este mundo como burocrata.

As análises dos hospitais geridos por organizações sociais qualificadas e os hospitais da administração direta demonstraram que as ferramentas gerenciais estão à disposição de ambos, o que distingue é a forma como os hospitais mantidos utilizam-se delas

na gestão que lhes é delegada. Ou que afirmam fazer, considerando que seu resultado é questionado:

Além de dúvidas sobre a legalidade, faltam evidências se de fato tornaram mais ágil e eficiente a gestão. Parece que as filas não diminuíram, o sistema de saúde continua pouco resolutivo e os usuários seguem insatisfeitos. Não houve economia para o SUS, pois as OSs consomem mais recursos e não investem em infraestrutura, e há pouca transparência no cumprimento dos contratos, como apontam os tribunais de contas, muitas nem entregam a produção contratada (SCHEFFER, 2013 p. 6).

O discurso de eficácia no gerenciamento que as organizações e os hospitais disseminam demonstra-se fragilizado, por muitas vezes questionado e contestado, o que reforça o papel de intermediação que a pesquisa indica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV Editora, p. 77-125, 2006.

ALCOFORADO, F.C.G. OS e OSCIP: Uma análise da abrangência dos serviços públicos e do perfil das entidades parceiras em Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo. **Revista ADM.MADE**, ano 10, v.14, n.3 p.47-65, outubro/dezembro, 2010. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/admmade/article/viewFile/104/98>>. Acesso em: 21 jan. 2012.

ALLIX, M. The politics of quasi-autonomous organisations in France and Italy. Panel: "Democracy, diversity and governance: the Evolution and Implications of Quasi-Autonomous Organisations". **PSA Annual Conference**, Leicester-UK, 15-17 April 2003.

ALVES, M. A. **Terceiro Setor: O Dialogismo Polêmico**. 2002. 350f. Tese (Doutorado em Administração). Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas. Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV.

ALVES, S. A. As Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. Alternativas de Gestão Pública. Debates GVSaúde. **Revista do GVSaúde da FGV-EAESP** nº 07. p. 29-30. Primeiro Semestre de 2009.

AROUCA, S. Discurso: Reforma Sanitária, 1998. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> Acesso em 26 abr. 2013.

ARRETCHE, M. T. S. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 31, ano 11, p. 44-66, junho de 1996. Disponível em: http://www4.fct.unesp.br/grupos/gedra/textos/Texto2_2008_MITOS%20DA%20DESCENTRALIZ.pdf>. Acesso em 11 set. 2012.

BAGGENSTOS, S.; DONADONE, J. C. Empreendedorismo social: reflexões acerca do papel das organizações e do estado. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, vol. 07, nº 16, p.112-131. Jan/abr 2013. Disponível em: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/viewFile/1605/1034>> Acesso em 24 mai 2013.

BAHIA, L. A privatização do sistema de saúde nos anos 2000: tendências e justificação. In: Nelson Rodrigues dos Santos; Paulo Amarante. (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 115-128. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2012.

BARATA, L. R. B. Quem conhece aprova. **Tendências/Debates**. As organizações sociais são a solução para a saúde pública em São Paulo? Folha de São Paulo: Opinião. SP, 07 jan. 2006. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0701200610.htm>> Acesso em 03 fev. 2011.

BARATA, L. R. B.; et al. Comparação de grupos hospitalares no Estado de São Paulo. **Revista de Administração em Saúde**. Vol. 11, nº 42 – Jan-Mar, 2009. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/area.php?p_narea=100> Acesso em 03 fev. 2012.

BARBOSA, N. B. Regulação do Trabalho no contexto das novas relações público x privado na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15 n. 5 Rio de Janeiro, agosto 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500024 >. Acesso em: 22 set. 2012.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As Organizações Sociais de Saúde como forma de gestão Público-Privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15, n.5, Rio de Janeiro, Agosto 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500023&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 set. 2012.

BELISÁRIO, S. A. et al. Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.18, n. 6, Rio de Janeiro, junho 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000600014&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 jul. 2013.

BOLTANSKI, L.; CHIAPELLO, E. **O novo espírito do capitalismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

BOLTANSKI, L.; THEVENOT. L. **De La justification: les economies de la grandeur**. Paris: Gallimard, 1991.

BOUCKAERT, G.; PETERS, G. B. What is available and what is missing in the study of quangos? In: Christopher and Talbot Collin (Eds). **Unbundled Government: A critical analysis of the global trend to agencies, quangos and contractualisation**. p. 22-49, London: Routledge, 2005.

BOURDIEU, P. **La Noblesse d'État – grandes écoles et esprit de corps**. Coleção Le sens commun. Paris: Les Éditions de Minuit, 2006 [1989].

BOURDIEU, P. **Les structures sociales de l'économie**. Paris: Collection Liber. SEUIL, 2000.

BOURDIEU, P. **Meditações Pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BOURDIEU, P. O Campo Econômico. **Revista Política & Sociedade**, nº 06 p. 15-57, 2005.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRASIL. Lei 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**. Brasília, DF, 15 mai. 1998. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm>. Acesso em 13 jun. 2011.

BRASIL. Lei 9.790, de 23 de Março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**. Brasília, DF, 23 mar. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm>. Acesso em 05 jun. 2011.

BRASIL. Lei nº 7.102, de 20 de Junho de 1983. Dispõe sobre segurança para estabelecimentos financeiros, estabelece normas para constituição e funcionamento das empresas particulares que exploram serviços de vigilância e de transporte de valores, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**. Brasília, DF, 20 jun. 1983. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17102.htm>. Acesso em: 09 mar. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Publicação em 20 set.1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> Acesso em 29 set. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 28 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado Organizações sociais. Secretaria da Reforma do Estado. **Cadernos MARE da Reforma do Estado** - v. 2. Brasília: DF, 74 p. 1997. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/seges/PUB_Seges_Mare_caderno02.PDF>. Acesso em: 02 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro. **Série C. Projetos, Programas e Relatórios**. Brasília, DF. p. 232, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão (SEGES). **Relatório de Gestão Consolidado/Exercício de 2008**. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/processo_contas/2008/08_PC_SEGES_RelatorioGestao.pdf> Acesso em 25 abr. 2013.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Parecer sobre terceirização e parceiros na Saúde Pública**. Brasília, 1998. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0B3Ba1nvwUgWDMTEzZjQyMzMtZGEwMC00NmZkLWJhNDAtNjE0OTc1MzU1M2Nh/edit?pli=1>>. Acesso em: 09 mar. 2012.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. Súmula 331. Revisão da Súmula nº 256. **Diário da Justiça [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 set. 2000. Seção 1, p. 290. Disponível em: http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_301_350.html#SUM-331>. Acesso em: 09 mar. 2012.

BRESSER PEREIRA, L. C. Os primeiros passos da reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista Eletrônica da Reforma do Estado** - RERE. Salvador - Instituto Brasileiro de Direito Público. Nº 16, 2009. Disponível em: www.direitodoestado.com.br/rere.asp>. Acesso em: 10 abr. 2011.

CARDOSO, R. C. L. Fortalecimento da sociedade civil. IOSCHPE, E. B. (org.). **3º setor: desenvolvimento social sustentado**. São Paulo/Rio de Janeiro: Gife/Paz e Terra, 1997.

CARNEIRO JUNIOR, N. **O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde.** 2002. 242p. Tese (Doutorado em Medicina) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - SP.

CARNEIRO JUNIOR, N.; ELIAS, P. E. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Revista de Saúde Pública.** Vol. 40, nº 05, São Paulo out. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102006000600023&script=sci_arttext> Acesso em 30 out. 2012.

CARVALHAES, C. A lei das OSs é um PAS de casaca. **Tendências/Debates.** As organizações sociais são a solução para a saúde pública em São Paulo? Folha de São Paulo: Opinião. SP, 07 jan. 2006. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0701200610.htm>> Acesso em 03 fev. 2011.

CARVALHO, E. B. Falta o essencial: transparência e participação da sociedade. **Debate: Tema da vez: a gestão da Saúde por Organizações Sociais.** CREMESP, Edição 224. São Paulo: abr. 2006. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=658>> Acesso em 13 mar. 2012.

CERRI, G. Ágeis e modernos. **Revista Carta Capital.** São Paulo, 21 de ago. 2011. Entrevista a Riad Younes. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/saude/ageis-e-modernos/> >. Acesso em: 18 out. 2012.

CHERUBIN, N. A. **A saga de um administrador hospitalar.** (Autobiografia). São Paulo: São Camilo, 2011.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde coletiva,** Rio de Janeiro, vol.8, supl. 01, p. 09-18, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100002&script=sci_arttext> Acesso em 15 abr. 2013.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p.1614-1619, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/20.pdf>>. Acesso em 18 abr. 2013.

COHN, A. Descentralização, saúde e cidadania. **Lua Nova,** São Paulo: CEDEC, nº 32, p.05-16, Abr. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n32/a02n32.pdf>>. Acesso em 17 abr. 2013.

COHN. As políticas sociais no governo FHC. **Tempo Social;** Revista de Sociologia da USP, S. Paulo, Vol. 11 nº 2. p. 183-197, out. 1999 (editado em fev. 2000).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 1.931/2009.** Diário Oficial da União de 24 de setembro de 2009. Brasília: DF, 2009. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm Acesso em 21 mar. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Resolução 134** - Regulamenta a Resol. CFM nº 1481/97 e estabelece diretrizes gerais p/a elaboração de Regimentos Internos dos estabelecimentos de assistência médica no Estado de São Paulo. São Paulo: SP, 2006. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=LegislacaoBusca¬a=314>> Acesso em 22 jun. 2013.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E.; et al (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CRUZADA BANDEIRANTE SÃO CAMILO ASSISTÊNCIA MÉDICO SOCIAL. **Relatório de Atividades Desenvolvidas:** Hospital Geral de Carapicuíba. Superintendência. Versão nº 25, p. 54. Mar. 2012.

DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL. Volume 1- Dados gerais e descrições de desigualdades. Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 118p. **Relatório de Pesquisa** – Dezembro de 2011. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf

DEZALAY, Y.; GARTH, B. A dolarização do conhecimento técnico profissional e do estado: processos transnacionais e questões de legitimação na transformação do Estado, 1960-2000. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** - Vol. 15, nº 43, p. 163-176, Jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v15n43/009.pdf>>. Acesso em 03 jun. 2013.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 11ª Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na Administração Pública:** concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. São Paulo: Atlas, 2008.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. **American Sociological Review**, v. 48, nº 02, p.147- 160, 1983.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**. Chicago, v. 114, n. 11, p.1115-1118, Nov. 1990.

DONADONE, J. C. A Apropriação e Recontextualização de Práticas Organizacionais. **RAE**-eletrônica, Vol. 01, n. 01, Jan./Jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n1/v1n1a16.pdf>>. Acesso em 12 dez. 2012.

DONADONE, J. C. **In the world of intermediaries:** consulting firms, business press and the reorganization of the management activities. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller Aktiengesellschaft & Co. vol. 1, 110 p. 2010.

DONADONE, J. C.; SILVEIRA, F. Z.; RALIO, V. R. Z. Consultoria para pequenas e médias empresas: as formas de atuação e configuração no espaço de consultoria brasileiro. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 19, n. 1, p. 151-171, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-530X2012000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 jun. 2013.

DOUGLAS, M. **Como as instituições pensam**. São Paulo: EDUSP. 1998.

DOWBOR, M. **A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006)**. 2012. 294 f. Tese de doutorado (Departamento de Ciência Política) Universidade de São Paulo - USP: São Paulo.

DURKEIM, E. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes. 1995.

FAEPA. **Relatório de Atividades**. HCFMRP-USP. 146 p. Ribeirão Preto: SP, 2011. Disponível em www.faepe.br > Acesso em 13 jun. 2013.

FERRAREZI, E. R. **A reforma do marco legal do terceiro setor no Brasil: a criação da Lei das OSCIPs (Lei 9.790/99)**. 2007. 308 p. Tese (Doutorado). Instituto de Ciências Sociais, Departamento de Sociologia. Universidade de Brasília.

FERREIRA; J. M. Atualidade da Construção do Objeto Científico da Sociologia Econômica. **RAE**-eletrônica, Fórum - Sociologia Econômica, v.6, n.º 1, Art. 8, Jan.-Jul. 2007.

FLEURY, S. Defesa intransigente do interesse público na saúde. **2º Simpósio de Política e Saúde**. Teses. 21p. CEBES: Brasília, jun. 2011.

FLINDERS, M.; SKELCHER, C. Shrinking the quango state: five challenges in reforming Quangos. **Public Money & Management**. The Chartered Institute of Public Finance and Accountancy. V. 32, n.5, p 327-334. London, UK. 2012.

FRENK, N. A importância da Gestão de Pessoas na Saúde. Alternativas de Gestão Pública. Debates GVSaúde. **Revista do GVSaúde da FGV-EAESP** nº 07. p. 12-13. Primeiro Semestre de 2009.

FUNDAÇÃO DO ABC - FUABC. **Balanco Social**. Relatório da Administração. 24 p. São André: SP, 2007. Disponível em: http://www.fuabc.org.br/pdf/balanco_social_2007.pdf> Acesso em: 09 abr. 2013.

GAY, O. Quangos: There is tension between reducing the influence of unaccountable 'quangos' and de-politicising controversial decisions. Key Issues for the New Parliament 2010. **House of Commons Library Research**. p. 56-57. 2010. Disponível em: http://www.parliament.uk/documents/commons/lib/research/key_issues/Key%20Issues%20Quangos.pdf >. Acesso em 25 out. 2012.

GREVE, C.; FLINDERS, M.; VAN THIEL, S. Quangos—What's in a Name? Defining Quangos from a Comparative Perspective. **Governance: An International Journal of Policy and Administration**. vol. 12, nº. 2, p. 129-146. 1999. Disponível em: http://soc.kuleuven.be/io/cost/act/pdf/20081014_PhD%20Training%20School/Dag%201/Greve_VanThiel_Flinders.pdf>. Acesso em 26 out. 2012.

GRÜN, R. Convergência das elites e inovações financeiras: a governança corporativa no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 20, nº 58, p.67-90. Jun, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v20n58/25629.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2013.

GUEDES, J. S. Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo. **Estudos Avançados**. Vol.17, nº 48, p. 229-240, Mai.-Ago, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142003000200019&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 mar. 2013.

GUILHOT, N. **Financiers, philanthropes**: vocations ethiques et reproduction du capital a wall street depuis 1970. Paris: Raisons d'agir, 2004.

GUIMARÃES, N. A. A sociologia dos mercados de trabalho, ontem e hoje. **Novos Estudos - CEBRAP**. Nº 85, p. 151-170, Nov. 2009. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002009000300007 Acesso em: 16 mai. 2012.

GUIMARÃES, N. A. Empresariando o Trabalho: Os Agentes Econômicos da Intermediação de Empregos, esses Ilustres Desconhecidos. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, Vol. 51, nº 2, p. 275 a 311, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v51n2/03.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2012.

GUIMARÃES, T. A. O modelo Organizações Sociais: lições e oportunidades de melhoria. **Revista do Serviço Público**. Vol. 54, nº 1, Jan.-Mar. 2003. Disponível em: http://www.bresserpereira.org.br/ver_file_3.asp?id=1741>. Acesso em: 21 fev. 2012.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL. **Gestão pela Qualidade no Hospital do Servidor Público Municipal**. Secretaria Municipal de Saúde. 20 p. Superintendência: São Paulo, 2008. Disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/gestao_pela_qualidade_hospitalar_1261070060.pdf> Acesso em 11 jul. 2013.

IBANEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, Vol.6, nº 2, p. 391-404, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200009>. Acesso em: 29 jul. 2012.

KEINERT, T. M. M. Gestão estratégica de políticas públicas de saúde pelos governos subnacionais: estudo sobre o processo de parceria na gestão de serviços hospitalares entre a secretaria de estado da saúde de São Paulo e organizações sociais no contexto da reforma do estado. **EAESP/FGV/NPP - Núcleo de Pesquisas e Publicações**, 115 p. São Paulo: Relatório de Pesquisa nº 11/2003. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2910/P00253_1.pdf?sequence=1 > Acesso em 15 dez. 2012.

LA FORGIA, G. M.; COUTOLLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da Excelência**. São Paulo: Singular, 2009. Disponível em: http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/62_Desempenho%20Hospitalar.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2013.

LEME, C. Hospitais públicos de SP gerenciados por OSS: Rombo acumulado é de R\$147,18 milhões. **Viomundo**: Denúncias em 21 de Jun. 2011. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/hospitais-publicos-de-sp-gerenciados-por-oss-a-maioria-no-vermelho.html>>. Acesso em: 22 fev. 2012.

LUEDY, A.; MENDES, V. L. P. S.; RIBEIRO JÚNIOR, H. Gestão pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário. **Revista Organizações & Sociedade**. Salvador, Vol.19, nº 63, Out.-Dez. 2012. Disponível em: <http://www.revistaoes.ufba.br/viewarticle.php?id=1111> Acesso em: Acesso em: 05 fev. 2013.

MANSUR, N. S. Entrevista. **RAS-Revista de Administração em Saúde**. Vol. 6, Nº 24 – Jul-Set, 2004. Disponível em [http://www.cqh.org.br/files/\[entrevista\]2024.pdf](http://www.cqh.org.br/files/[entrevista]2024.pdf)>. Acesso em: 07 mai. 2012.

MANSUR, N. S. Experiências no âmbito das Organizações Sociais e Parcerias Público-Privadas no Brasil: Oportunidades e Ameaças. **Fórum Nacional de Gestão das Organizações Sociais e Parcerias Público-Privadas**. PLANISA: São Paulo, jun. 2011. Disponível em: http://www.planisa.com.br/net_FeirasEventos/FeirasEventos_ForumNacional.html> Acesso em: 17 fev. 2013.

MANSUR, N. S. Modelo permite cobrança de resultados e controle social. **Debate: Tema da vez: a gestão da Saúde por Organizações Sociais**. CREMESP, Edição 224. São Paulo: abr. 2006. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=658>> Acesso em 13 mar. 2012.

MARTINS, H. F. **Uma teoria da fragmentação de políticas públicas: desenvolvimento e aplicação na análise de três casos de políticas de gestão pública**. 2003. 254f. Tese (Doutorado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Departamento de Ensino. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/3264/ACF24.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 dez. 2011.

MASSARENTI, A. M. Análise da efetividade no âmbito da qualidade e custos em serviços hospitalares, atenção básica e serviços de diagnóstico da OSSs do Estado de São Paulo.

Fórum Nacional de Gestão das Organizações Sociais e Parcerias Público-Privadas. PLANISA: São Paulo, jun. 2011. Disponível em: http://www.planisa.com.br/net_FeirasEventos/FeirasEventos_ForumNacional.html> Acesso em: 23 fev. 2013.

MELLO, G. A. **Revisão do Pensamento Sanitário como foco no Centro de Saúde.** Tese (Doutorado). 2010. 316p. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-31082010-181535/pt-br.php> Acesso em: 29 mai. 2012.

MIRANDA, A. S. Que alternativas para a gestão pública de sistemas e serviços de saúde. **2º Simpósio de Política e Saúde.** Teses. 21p. CEBES: Brasília, jun. 2011.

MONTAÑO, C. **Terceiro Setor e questão social. Crítica ao padrão emergente de intervenção social.** São Paulo: Cortez, 2002.

MONTAÑO, C. O papel do Terceiro Setor na análise de Carlos Montañó e do grupo Afro Reggae. **Contrapontos.** Em *Questão*, v. 2, p. 21-25, 2007. Disponível em: http://www.uerj.br/arq_comuns/Contraponto_2007.1.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2012.

MONTAÑO, C. Uma outra visão do Terceiro Setor. **Galileu: idéias.** São Paulo, v. 143, p. 82, 2003. Disponível em: <http://revistagalileu.globo.com/Galileu/0,6993,ECT545739-1726,00.html>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

OLIVEIRA, G. H. J. Estatuto jurídico do Terceiro Setor e desenvolvimento: Conectividade essencial ao fortalecimento da cidadania, à Luz dos 20 anos da constituição de 1988. **Anais do XVII Congresso Nacional do CONPEDI - Congresso Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito.** Brasília - DF, 2008. Disponível em: http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/brasil/10_169.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2012.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO - OCDE. **Distributed Public Governance: Agencies, Authorities and Other Government Bodies.** OECD Publications Service. Paris: 2002. Disponível em: https://bvc.cgu.gov.br/bitstream/123456789/3599/1/distributed_public_governance_agencies.pdf>. Acesso em: 19 out. 2012.

PAHIM, M. L. L. **Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde.** 2009. 250p. Tese (Doutorado). Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: SP.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde – contradições e desafios em 20 anos de SUS.** (Org.) MATTA, G. C. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

PALMEIRA SOBRINHO, Z. **Reestruturação produtiva e terceirização: o caso dos trabalhadores das empresas contratadas pela PETROBRÁS/RN.** 2006. 259f. Tese. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Natal, RN. Disponível em: http://bdtd.bczm.ufrn.br/tde_arquivos/7/TDE-2007-05-14T010254Z-667/Publico/ZeuPS.pdf>. Acesso em 11 dez. 2011.

PECI, A. et al. Oscips e termos de parceria com a sociedade civil: um olhar sobre o modelo de gestão por resultados do governo de Minas Gerais. **RAP - Revista de Administração Pública.**

Rio de Janeiro, Vol. 42, nº 6, p.1137-62, Nov.-Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n6/06.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

PECI, A.; PIERANTI, O. P.; RODRIGUES, S. Governança e *New Public Management*: convergências e contradições no contexto brasileiro. **Organizações & Sociedade**. Salvador, Vol. 15, nº 46, Jul.-Set. 2008. Disponível em: <http://www.revistaoes.ufba.br/viewarticle.php?id=476>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

PERDICARIS, P. R. **Contratualização de resultados e desempenho no setor público: a experiência do contrato programa nos hospitais da administração direta no estado de São Paulo**. 2012. 133 f. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo - Fundação Getúlio Vargas. São Paulo. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/9390/Tese_Priscilla%20Perdicaris_Final.pdf?sequence=1>. Acesso em 19 jun. 2013.

PEREIRA NETO, A. F. **Conselhos de Favores - controle social na saúde: a voz de seus atores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

PIRES-ALVES, F.; PAIVA, C. H. A.; HOCKMAN, G. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.13, nº3, Rio de Janeiro Mai.-Jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000300002&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 fev. 2013.

PORTAL DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. Ministério da Saúde. Cartilha, 28 p. Esplanada dos Ministérios: DF, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf> Acesso em 20 mai. 2012.

SANO, H.; ABRUCIO, L. F. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **RAE-eletrônica**. Vol. 48, nº 3, p. 64-80, Jul.-Set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-75902008000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 abr. 2013.

SANTOS, E. R. As OSCIPS (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público) e a Administração Pública. Intermediação fraudulenta de mão-de-obra sob uma nova roupagem jurídica. **Revista Nacional de Direito do Trabalho**, v. 109, p. 11-28, 2007. Disponível em: <http://www.nacionaldedireito.com.br/doutrina/469/as-oscip-organiza-es-da-sociedade-civil-de-interesse-p-blico-e-a-administra-o-p-blica-intermedia-o-fraudulenta-de-m-o-de-obra-sob-uma-nova-roupagem-jur-dica>>. Acesso em 14 nov. 2011.

SÃO PAULO (ESTADO). Tribunal de Contas do Estado. Diretoria de Contas do Governador. **Comparação de Hospitais Estaduais Paulistas: Estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde**. Relator: Renato Martins Costa. 117 p. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.tce.sp.gov.br/press/tcesp/2011-10-03-Comparacao_de_hospitais_estaduais_paulistas-estudo_compara.pdf>. Acesso em 11 fev. 2012.

SÃO PAULO (ESTADO). Assembleia Legislativa. Comissão Parlamentar de Inquérito - Remuneração dos Serviços Médico-Hospitalares. Relatório Final. **Diário Oficial de São Paulo**. vol. 118, n. 141, São Paulo, quinta-feira, 31 de julho de 2008. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/StaticFile/documentacao/cpi_remuneracao_servicososp_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2011.

SÃO PAULO (ESTADO). Constituição do Estado de São Paulo. **Sala das Sessões da Assembleia Legislativa**. Cidade de São Paulo, aos 5 de outubro de 1989, 436º da fundação de

São Paulo. Disponível em <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/constituicao/1989/constituicao%20de%2005.10.1989.htm>> Acesso em 11 abr. 2012.

SÃO PAULO (ESTADO). Lei Complementar 846, de 04 de junho de 1998. Dispõem sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, v.108, n.106, 5 jun. 1998. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/1998/lei%20complementar%20n.846,%20de%2004.06.1998.htm>>. Acesso em 21 dez. 2011.

SÃO PAULO (ESTADO). **Lei Complementar nº 1.193 de 02 de Janeiro de 2013**. Institui a carreira de Médico, e dá providências correlatas. Publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo em 03 jan. 2013, seção 01 p. 01. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-recursos-humanos/homepage/noticias/lei-complementar-n-1.1932013>> Acesso em 09 jul. 2013.

SÃO PAULO (ESTADO). SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatórios de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão de Unidades Hospitalares**. 3º Trimestre de 2011 a 2º Trimestre de 2012. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/homepage/destaques/relatorio-de-avaliacao-da-execucao-dos-contratos-de-gestao-com-organizacoes-sociais>. Acesso em: 11 mai. 2012.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria Estadual de Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **Relatório Final da 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo**. São Paulo: SP, 2011. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/relatorio-final-da-6-conferencia-estadual-de-saude/relatorio_final_-_24-11-2011.pdf>. Acesso em 21 set. 2012.

SÃO PAULO (MUNICÍPIO). Lei Ordinária nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 24 de janeiro de 2006. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, 25 jan. 2006. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6196>> Acesso em 09 mai. 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Código de Saúde: Lei Complementar 791 de 09 mar. 1995**. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/StaticFile/documentacao/codigo_de_saude.htm> Acesso em 21 mai. 2013.

SCHEFFER, Mário. Entrevista à jornalista Ivone Silva da DR! A Revista do Médico nº 77 Publicação bimestral do SIMESP - Sindicato dos Médicos de São Paulo - maio/junho 2013. Disponível em: <http://www.simesp.org.br/images/uploads/revistadr/revista23.pdf>>

SCHMIDT, V. V. Coerência programática e disciplina parlamentar: Partidos políticos frente à proposta das organizações sociais. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, v. 19, n. 40, p. 211-231, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v19n40/15.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2012.

SILVA, A. S.; CARVALHO NETO, A. Uma contribuição ao estudo da liderança sob a ótica Weberiana de Dominação Carismática. **Revista de Administração Mackenzie**, vol. 13, nº 6, p. 20-47, 2012. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/RAM/article/view/3867>> Acesso em 21 mai. 2013.

SILVA, A. X. A reforma sanitária brasileira em debate. V Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, desenvolvimento e crise do capital. p. 01-11. São Luis, Maranhão: Agosto,

2011. Disponível em:
[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSEES E DESAFIOS DAS POLITICAS DA SEGURIDADE SOCIAL/A REFORMA S ANITARIA BRASILEIRA EM DEBATE.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSEES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_REFORMA_SANITARIA_BRASILEIRA_EM_DEBATE.pdf)> Acesso em: 29 nov. 2012.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.913**. Requerentes: Partido dos Trabalhadores e Partido Democrático Trabalhista. Distrito Federal: DF, 1998.

USEEM, M. **Executive defense**. Shareholder power and corporate reorganization. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1993.

WEIR, S.; HALL, W. EGO-trip: Extra-Governmental Organizations in the United Kingdom and their Accountability. **Democratic Audit of the United Kingdom**. London: Charter 88 Trust. 1994.

WIELICZKA, M. G. Z. A Humanização para o Profissional de Saúde. Alternativas de Gestão Pública. Debates GVSaúde. **Revista do GVSaúde da FGV-EAESP nº 07**. p. 14-16. Primeiro Semestre de 2009.

ZELIZER, V. A economia do *care*. **Civitas**: Porto Alegre, Vol. 10, Nº 3, p. 376-391, Set.-Dez. 2010. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/8337/5967>>. Acesso em 05 out. 2012.

RELAÇÃO DE ENDEREÇOS ELETRÔNICOS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Disponível:
<http://www.abrasco.org.br/>

ABTLuS - Associação Brasileira de Tecnologia de Luz Síncrotron. Disponível:
www.abtlus.org.br

AMPASA - Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde.
<http://www.ampasa.org.br/>

ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CATARINA. Disponível:
<http://www.acsc.org.br/>

ASSOCIAÇÃO E FRATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS. Disponível em: <http://www.franciscanosnaprovidencia.org.br/>

BIBLIOTECA VIRTUAL SÉRGIO AROUCA. Disponível: <http://bvsarouca.iciet.fiocruz.br/>

BRESSER PEREIRA Website. Disponível em: <http://bresserpereira.org.br/>

CABINET OFFICE. Gabinete do Governo do Reino Unido. Disponível em:
<http://www.cabinetoffice.gov.uk>

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Disponível em: www.camara.sp.gov.br

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/>

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM" - CEJAM
<http://www.saudeprev.com.br/>

CIVIL SERVANTS. Entidade Representativa dos Servidores do Governo do Reino Unido. Disponível em: <http://www.civilservant.org.uk/definitions.shtml>

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde/DATASUS. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>

COMISSÃO DA SAÚDE. Portal da Assembleia Legislativa de São Paulo. Pesquisa em: http://www.al.sp.gov.br/spl_comissao/viewComissao.do?idComissao=12446

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Atas disponíveis em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho_municipal/index.php?p=6025

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Material disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>

CQH - PROGRAMA DE COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. Disponível em: www.cqh.org.br

CRUZADA SÃO CAMILO <http://www.cruzadasaocamilo.org.br/>

DEBATES GV Saúde. <http://gvsauade.fgv.br/sites/gvsauade.fgv.br/files/debates7.pdf>

DIÁRIO OFICIAL DA CIDADE DE SÃO PAULO. Imprensa Oficial da Cidade de São Paulo. Portal da Prefeitura de São Paulo. Pesquisa em <http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/>

DIÁRIO OFICIAL DE SÃO PAULO. Imprensa Oficial do Estado de São Paulo. Portal do Governo. Pesquisar em <http://www.imprensaoficial.com.br>

ESTADUAL EM NOTÍCIA - Informativo do Hospital Mário Covas (Todas as edições: 2004 a 2011) Disponível em: http://www.hospitalmariocovas.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=11

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO. Disponível em <http://www.femscsp.edu.br>

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC. Disponível em <http://www.fmabc.br>

FÓRUM POPULAR DA SAÚDE PR. Carta aos Ministros do Supremo Tribunal Federal. Acesso em: <http://fopspr.wordpress.com/2010/05/21/carta-aos-ministros-do-supremo-tribunal-federal/>

FUNDAÇÃO DE APOIO AO ENSINO PESQUISA E ASSISTÊNCIA - HCFMRPUSP <http://www.faepa.br>

FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR - FAMESP <http://www.famesp.fmb.unesp.br/>

FUNDAÇÃO DO ABC - Organização Social de Saúde. Disponível em www.fuabc.org.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS. Disponível em: <http://www.hc.fm.usp.br/>

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL - HSPM. http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_do_servidor_publico_municipal/

HOSPITAL ESTADUAL DE BAURU. Disponível em: <http://www.heb.bauru.unesp.br/>

HOSPITAL ESTADUAL DE SAPOPEMBA. Disponível em: <http://www.hesap.org.br/>

- HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS. Disponível em www.hospitalmariocovas.org.br
- HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA. Disponível em: <http://www.hgcarapicuiiba.org.br/>
- HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA. Disponível em: <http://www.hgis.org.br/>
- HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI. Disponível em: <http://www.hgi.org.br/>
- HOSPITAL GERAL DE PEDREIRAS. Disponível em <http://www.pedreira.org.br>
- HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOYSÉS DEUTSCH - M'BOI MIRIM. Disponível em: <http://www.hospitalmboimirim.com.br/site/>
- HOSPITAL REGIONAL DE COTIA. Disponível em: <http://www.hrc.org.br/>
- HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE. Disponível em: <http://www.hrpresidenteprudente.org.br/>
- HOSPITAL TIRADENTES. Disponível em: <http://hospitalcidadetiradentes.com.br>
- IGQ - INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. Informações disponíveis em <http://www.iqg.com.br/>
- INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO LIBANÊS. Disponível em: <http://www.irssl.org.br/>
- ONA - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Disponível em: www.ona.org.br
- PARLAMENTO DO REINO UNIDO. Material sobre Quangos disponível em: http://www.parliament.uk/documents/commons/lib/research/key_issues/Key%20Issues%20Quangos.pdf
- PLANISA - Planejamento e Organização de Instituições de Saúde. Disponível em www.planisa.com.br
- PORTAL DA SAÚDE: endereço mantido pelo Ministério da Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br
- PORTAL DA TRANSPARÊNCIA ESTADUAL. Governo do Estado de São Paulo. Organizações Sociais da Saúde. Dados sobre as entidades, cópias dos Contratos de Gestão e alterações contratuais. Disponível em: <http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>
- RAS - REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE. Acesso pelo site do CQH: <http://www.cqh.org.br/?q=pulica%C3%A7%C3%B5es/revista-de-administra%C3%A7%C3%A3o-em-sa%C3%BAde>
- SANTA CASA DE SÃO PAULO - Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Informações sobre a entidade e hospitais mantidos. Disponível em www.santacasasp.org.br/
- SANTA MARCELINA - Congregação das Irmãs de Santa Marcelina. Disponível em: www.santamarcelina.org
- SÃO CAMILO - CRUZADA BANDEIRANTE SÃO CAMILO. Informações disponíveis em: <http://www.cruzadasaocamilo.org.br/>
- SÃO PAULO - LEI ORÇAMENTÁRIA DE 2011. Disponível em: http://www.planejamento.sp.gov.br/noti_anexo/files/planejamento_orcamento/orcamentos/2011/lei_orcam_2011.pdf

SECONCI-SP Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo. Disponível em: www.seconci-sp.org.br

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES-SP. Material disponível em: www.saude.sp.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Observatório de RH em Saúde de São Paulo. Coordenadoria de RH. **Boletins.** Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-recursos-humanos/conteudo-das-areas-do-gadi/oberva_rh/observatorio-de-rh-em-saude-de-sao-paulo

SIMESP - Sindicato dos Médicos de São Paulo. Disponível em: www.simesp.com.br

SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. Dados coletados no endereço virtual: www.spdm.org.br

TAXPAYERS' ALLIANCE. Disponível em: <http://www.taxpayersalliance.com/>

Diário Oficial

Estado de São Paulo

Poder Executivo

Seção I

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 10 – DOE de 16/01/08 – p.51

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS - 7, de 15-1-2008

Dispõe sobre a criação de Grupo de Trabalho para operacionalização das atividades durante a transição das unidades gestoras do Hospital Estadual "Prof. Liberato John Alphonse Di Dio" do Grajaú, e do Ceac - Centro Estadual de Análises Clínicas-Zona Sul, e dá outras providências

O Secretário de Estado da Saúde, considerando:

a rescisão contratual amigável ocorrida entre a Secretaria da Saúde e a Organização Social de Saúde Osec – Organização Santamarense de Educação e Cultura, gestora do Hospital Estadual "Prof. Liberato John Alphonse Di Dio" do Grajaú e do Ceac - Centro Estadual de Análises Clínicas - Zona Sul;

a definição da Organização Social de Saúde Associação Congregação de Santa Catarina como gestora do referido Hospital e do Ceac - Centro Estadual de Análises Clínicas – Zona Sul, a partir de 01 de janeiro de 2008; a necessidade de que a transição de gestão seja realizada de forma que as assistências prestadas pelo Hospital e pelo Ceac não sofram solução de continuidade e não ocorram prejuízos de qualquer natureza à população usuária do SUS, Resolve:

Artigo 1º - Fica criado um Grupo de Trabalho composto pelos profissionais relacionados no artigo 6º, sob a coordenação do primeiro membro da representatividade indicada por esta Pasta;

Artigo 2º - O Grupo de Trabalho a que se reporta o artigo anterior terá como atribuição a operacionalização das diversas atividades referentes à passagem de gestão do Hospital Estadual "Prof. Liberato John Alphonse Di Dio" do Grajaú e do Ceac - Centro Estadual de Análises Clínicas - Zona Sul, de um gestor para o outro;

Artigo 3º - O Grupo de Trabalho ora constituído, procederá ao levantamento e análise dos aspectos administrativos, contábeis, financeiros, assistenciais e clínicos do Hospital Estadual "Prof. Liberato John Alphonse Di Dio" - do Grajaú, e do Ceac - Centro Estadual de Análises Clínicas - Zona Sul, elaborando relatórios circunstanciados e detalhados, para análise da Coordenação do Grupo e encaminhamento para manifestação conclusiva do Coordenador da CGCSS - Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde;

Artigo 4º - O Grupo de Trabalho terá o prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir de 26 de dezembro de 2007, para apresentar os relatórios a que se refere o artigo anterior;

Artigo 5º - A Organização Social de Saúde Osec - Organização Santamarense de Educação e Cultura, gestora do Hospital Estadual "Prof. Liberato John Alphonse Di Dio" – do Grajaú, e do Ceac - Centro Estadual de Análises Clínicas – Zona Sul, até a data de 31 de dezembro de 2007, deverá permitir o acesso do Grupo de Trabalho a todas as instalações do Hospital e do Ceac Zona - Sul e às informações requeridas pelo mesmo, visando à realização das tarefas que lhe competem;

Artigo 6º - O Grupo de Trabalho a que alude o Artigo 1º, será composto por:

2 (dois) representantes da Secretaria de Estado da Saúde:

1. Eliana Cassiano Verdade Nascimento - RG nº 6.043.202-0 - Coordenador;

2. Sílvia Regina Oliveira - RG nº 5.033.168

2 (dois) representantes pertencentes à Organização Social de Saúde Osec - Organização Santamarense de Educação e Cultura:

1. Joel Gomes de Queiróz - RG nº 15.125.878;

2. Valdinei C. Leite - RG nº 21.387.940-2

2 (dois) representantes pertencentes à Organização Social de Saúde Associação Congregação de Santa Catarina:

1. Cid Pinheiro de Oliveira - RG nº 3.360.240;

2. Manuel Ricardo Navarro Borges - RG nº 16.285.325

Parágrafo Único - O Grupo de Trabalho poderá convocar os profissionais que achar necessário para participarem de suas atividades e colaborar no processo de transição da gestão do Hospital Estadual "Prof. Liberato John Alphonse Di Dio" do Grajaú e do Ceac-Centro Estadual de Análises Clínicas - Zona Sul.

Artigo 7º - Ao encerramento do prazo previsto no Artigo 4º, será elaborado relatório final, apontando a conclusão do processo de transição, sendo a data de 01 de janeiro de 2008, o início do Contrato de Gestão com a nova Organização Social de Saúde, que assumirá, para todos os efeitos, o gerenciamento do Hospital Estadual "Prof. Liberato John Alphonse Di Dio" e do Ceac - Centro Estadual de Análises Clínicas - Zona Sul, a partir da referida data;

Artigo 8º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos à data de 26 de dezembro de 2007.

ANEXO B - CORRESPONDÊNCIA DO HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA

de: **Alessandra_Centro Integrado de Dados** <gcid@hgcarapicuiba.org.br>
para: sallibaggenstoss@gmail.com,
salli@unemat-net.br
data: 18 de junho de 2012 13:35
assunto: Carta_UFScar
enviado
por: hgcarapicuiba.org.br

Em 1.998 foi inaugurado o Hospital Dr. Francisco de Moura Coutinho Filho, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Em 2008 o superintendente da Unidade Pe. Niversindo Antonio Cherubin, investiu enviando ofício para a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo para a Cruzada Bandeirante São Camilo ser reconhecida como Organização Social para receber, em gestão, Unidades de Saúde. Podendo, então prestar atendimento assistencial gratuito à comunidade carente, sendo com o orçamento da SES – S.P.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) respondeu ao ofício que para ser reconhecida como Organização Social, a Unidade deveria reformar seu Estatuto Social e introduzir a formação de um Conselho de Administração formado por 10 membros, sendo 5 do seu quadro de sócios, 4 da comunidade com ilibado desempenho ético e profissional e 1 representando os trabalhadores.

O Conselho seria deliberativo e teria autoridade para reformar o Regulamento da Unidade, bem como aprovar o Orçamento-Programa e o Balanço Econômico.

Após reformar o Regulamento Social e formar o Conselho os membros da Cruzada Bandeirante estavam preparados para receber as Unidades de Assistência a Saúde.

A primeira Unidade que a SES ofereceu foi o Hospital Geral de Carapicuíba, na região da grande São Paulo, assumido pela Cruzada Bandeirante São Camilo - OSS em primeiro de janeiro, de dois mil e nove. Construído há dez anos. O hospital estava bastante sucateado devido à falta de investimentos da antiga gestão em infra-estrutura, tecnologia e equipamentos. Tinha capacidade para 245 leitos e um quadro de 1.167 profissionais (assistencial, apoio e administrativo) e 230 profissionais médicos.

O interesse maior da Cruzada Bandeirante São Camilo – OSS em assumir o hospital foi poder transformá-lo em hospital-escola para a faculdade de medicina e outras da área da saúde da União Social Camiliana poder formar profissionais competentes, éticos, humanos e qualificados.

O primeiro ano, sem reduzir a assistência, foi dedicado à reforma e abastecimentos de equipamentos de Unidades que foram reinauguradas pelo governador do estado, José Serra. Agora o hospital está tendo um desempenho muito aperfeiçoado, os indicadores assistenciais, de recursos humanos e sociais atingiram um nível muito aprimorado e já foi encaminhado ao Ministério da Educação o pedido para ser reconhecido como hospital-escola.

O Hospital Geral de Carapicuíba – Cruzada Bandeirante São Camilo – Organização Social de Saúde (OSS), é um hospital geral, totalmente dedicado ao atendimento para os usuários dos serviços públicos da Rota dos Bandeirantes no qual abrange oito municípios, tais como: Barueri, Carapicuíba, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Santana do Parnaíba, e Vargem Grande Paulista, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Das cidades referenciadas 78% dos pacientes são do município de Carapicuíba que tem sua população estimada em 369.908 habitantes.

Por ser hospital geral de média complexidade, com 241 leitos, sendo 20 leitos de U.T.I. de adultos, 13 leitos de U.T.I. Neonatológica e 5 de U.T.I. Pediátrica. Conta com Pronto Socorro Referenciado, Maternidade de alto risco, Serviço de Hemodiálise e Ambulatório de Especialidades Médicas. O quadro funcional é composto por uma variável de 1.416 colaboradores entre C.L.T. e Pessoa Jurídica.

A alta gestão é representada pelo Superintendente - Pe. Niversindo Antonio Cherubin, Diretora Executiva - Ana Maria Pessoa Massarenti, Dr. Gustavo Meneguelli Vieira Diretor Clínico, Vânia Domiciano – Diretora dos Serviços Assistenciais, Fernando Ramos – Diretor dos Serviços de Apoio, Dr. Luiz Henrique Gamba – Diretor Técnico e Dr. Antonio Carlos de Moura – Diretor de Ensino.

As Organizações Sociais de Saúde (OSS), representam um modelo de parceria adotado pelo governo do Estado de São Paulo para a gestão de unidades de saúde, finalizado entre 1998 e 2001, previsto no Programa Metropolitano de Saúde (PMS), formalizado pela lei complementar nº 846 de 04 de junho de 1998.

A legislação estadual regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e que, em decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde. Este modelo de gestão introduziu novos conceitos de relacionamento com o setor filantrópico, que se mostraram eficientes.

Conseqüentemente, a prestação de contas das atividades assistenciais desenvolvidas no hospital é por meio do Contrato de Gestão, no qual a unidade encaminha mensalmente para a SES via site toda a produtividade mensal, para verificação e análise do contrato e notificação de cumprimento de metas institucionais adotadas via Contrato de Gestão.

A prestação de conta para a SES também se faz por meio do Sistema CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviço de Saúde), no qual o hospital gerencia todas as consultas e exames disponibilizados, ofertados e agendados.

Atento aos avanços da medicina investe em equipamentos e tecnologia médica, bem como no PACS – sistema de comunicação e arquivamento de imagens médicas. Entre outras aquisições e serviços é importante destacar que esta gestão melhorou a eficiência operacional do hospital, por meio de reformulação dos processos internos, da implantação do prontuário informatizado proporcionando, desta forma, mais qualidade e segurança na assistência aos pacientes. Com estas inovações aumenta gradativamente a complexidade nas cirurgias de: ortopedia, vascular, obstétrica, oftalmológica e geral. Este aumento deve-se ao fortalecimento do S.U.S. principalmente no que se refere à ampliação do acesso a população atendida no hospital.

A Residência Médica é destinada a área educacional com 16 médicos residentes, 139 alunos de medicina, 73 internatos e 124 estagiários (administração hospitalar, enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição, terapia ocupacional e psicologia). Tem como objetivo ampliar e consolidar o conhecimento, a habilidade, a atitude, a competência e a conduta ética profissional em serviço de saúde e sob supervisão de docentes preceptores do Centro Universitário São Camilo.

O interesse maior da Cruzada Bandeirante São Camilo – OSS em assumir o hospital, foi poder transformá-lo em hospital-escola para a faculdade de medicina e outras da área da saúde da União Social Camiliana poder formar profissionais competentes, éticos, humanos e qualificados.

O primeiro ano, sem reduzir a assistência, foi dedicado à reforma e abastecimentos de equipamentos de Unidades que foram reinauguradas pelo governador do estado, José Serra.

Agora o hospital está tendo um desempenho muito aperfeiçoado, os indicadores assistenciais, de recursos humanos e sociais atingiram um nível muito aprimorado e já foi encaminhado ao Ministério da Educação o pedido para ser reconhecido como hospital-escola.

Devido à alta competitividade de mercado, a exigência e necessidade de unificar processo, protocolos de trabalho, trabalhar com qualidade e segurança nos serviços prestados, o Hospital Geral de Carapicuíba implantou o Departamento de Qualidade em 2008, para assim promover e disseminar uma cultura de melhoria contínua nos processo de trabalho.

O hospital está passando por um processo de certificação de qualidade, ou seja, Acreditação Hospitalar, no qual tem por objetivo garantir a qualidade na prestação da assistência ao paciente conforme padrões estabelecidos pelos profissionais do hospital. Estes padrões avaliam os riscos que o paciente está propício a sofrer dentro do hospital e estabelecem os cuidados que os profissionais devem realizar.

No Hospital Geral de Carapicuíba, estamos implantando estes padrões para avaliar os riscos e promover estes cuidados aos pacientes e até aos profissionais, minimizando a ocorrência de eventos adversos e erros de processo.

Contamos com uma comissão de Gerenciamento de Riscos para avaliar e analisar os riscos notificados, esta comissão recebe todas as notificações de eventos evidenciados pelos profissionais do hospital, que a partir deste desenvolve o processo de investigação, promovendo ações corretivas ou de melhorias aos responsáveis do setor.

Atualmente o hospital possui a Certificação Nível I da ONA (Organização Nacional de Acreditação), trabalhando em busca de melhorias contínuas para os processos internos de trabalho.

O instituição conta com alguns projetos sociais em parceria com a Comissão de Humanização Hospitalar, focados em melhorias quanto a limpeza, treinamento para gestantes, cuidados com o recém nascido, entre outros, sendo estes programas voltados para a comunidade e para o paciente.

O hospital está prestes a conquistar o título de Hospital Amigo da Criança, sendo esta uma iniciativa lançada pela Unicef e pela OMS (Organização Mundial de Saúde) entre 1991 e 1992, que tem como objetivo proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. A estratégia para alcançar este objetivo é a mobilização de profissionais de saúde em hospitais e maternidades para mudanças de rotinas e condutas, visando prevenir o desmame precoce. Atualmente, são mais de 20 mil hospitais credenciados em mais de 152 países em todo o mundo; nosso hospital está prestes a conquistar este título que, no Brasil, cerca de 300 hospitais possuem.

Perante todo trabalho e atividades desenvolvidas no hospital, o índice de satisfação do cliente é alto, no que resulta uma boa aceitação do trabalho oferecido pelo grupo assistencial e um retorno gratificante a toda equipe da unidade.

O Hospital Geral de Carapicuíba está desenvolvendo o Projeto de Gestão por Competência, no qual é oferecido para as lideranças e colaboradores da unidade, a fim de desenvolver os profissionais da instituição e definir os perfis profissionais que proporcione maior produtividade e adequação ao negócio, identificando os pontos de excelência e os pontos de carência, suprimindo lacunas e agregando conhecimento, tendo por base critérios objetivamente mensuráveis.

1.1. Missão

"Promover e assegurar a assistência e desenvolver a educação e pesquisa, contribuindo para a preservação da saúde da população à luz dos princípios dos Órgãos Reguladores da Saúde e valores Camilianos."

1.2. Visão

"Ser excelente na assistência aos pacientes da Rota dos Bandeirantes e referência em ensino e pesquisa."

1.3. Valores

Comprometimento

Perseguimos objetivos com energia e desejo de contribuir, além do sentimento de orgulho em permanecer na Instituição.

Disciplina

Primamos por conduta comportamental respeitosa e adequada para o bem comum da instituição, mesmo em situações de extrema pressão.

Agilidade

Somos flexíveis e ágeis num ambiente sério e que exige rapidez para atender as necessidades de todos, precisamos de desembaraço e presteza na solução dos problemas e processos.

Humanização

Mantemos atitudes e ações que valorizam a excelência no atendimento aos usuários, bem como o bem estar e o respeito entre pacientes, médicos, colaboradores e gestores.

Transparência na Gestão

Incentivamos a multiplicação das diversas informações, ações, processos e prestação de contas com consistência e ética institucional.

Resolubilidade

Buscamos qualidade na resolução dos casos, combinando eficiência e eficácia assegurando a técnica interdisciplinar, agilidade e assertividade nas ações integradas assistenciais, administrativas e de apoio.

Assistência segura

Incorporamos a disciplina no cumprimento das normas seguras, protocolos, e técnicas estabelecidas para a garantia da segurança na assistência. Não aceite erros, nem mesmo os seus, notifique.

Espírito de Equipe

Transmitimos humildade, somos parte de um time que incentiva a colaboração e apreciamos o valor das múltiplas idéias.

Hospitalidade

Propiciamos um ambiente harmônico e saudável, atitudes de acolhimento respeitoso e padrão de atendimento com qualidade.

Ética

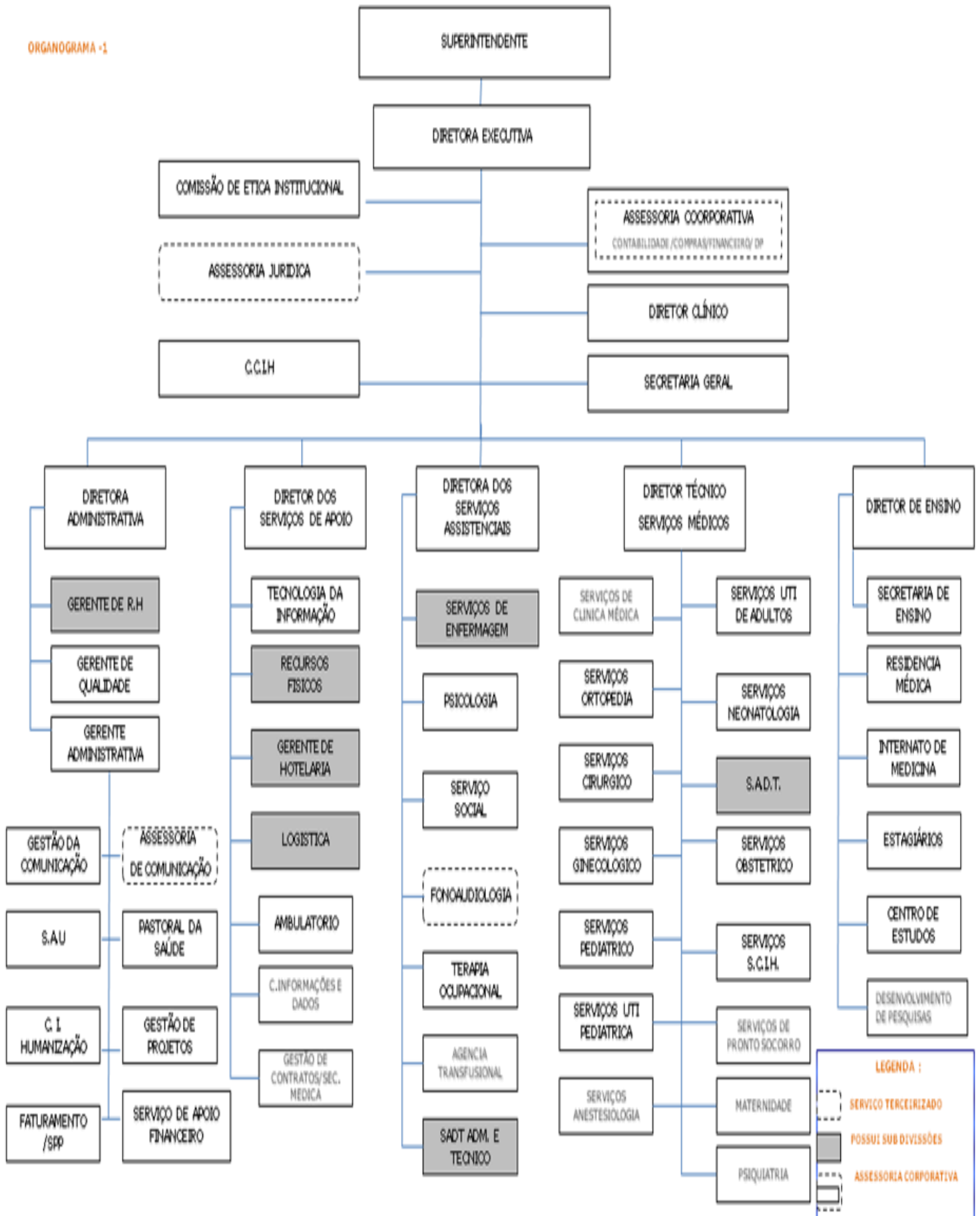
Norteamos os valores morais e humanos com base nos princípios da cultura Camiliana visando o equilíbrio nas relações humanas.

Inovação/ criatividade

Valorizamos novas perspectivas, nunca paramos de aprender e buscamos novas idéias e percepções que podem fazer a diferença para a nossa missão.

1.4. Organograma da Instituição:

ORGANOGRAMA -1



ANEXO C – CONVOCAÇÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Diário Oficial Poder Executivo**Estado de São Paulo Seção I**

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 159 – DOE de 23/08/12 – Seção 1 – p.44

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS nº 87, de 22 de agosto de 2012.

Dispõe sobre a realização de Convocação Pública a que alude o § 3º do Artigo 6º da Lei Complementar nº 846, de 04.06.1998.

O Secretário da Saúde, em cumprimento ao disposto na Lei Complementar nº 846, de 04.06.1998, em especial o § 3º do mencionado Diploma Legal,

Resolve:

Artigo 1º - Realizar a presente Convocação Pública das entidades privadas sem fins lucrativos, que já possuam qualificação como Organização Social de Saúde, nos termos da Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998, para que, na hipótese de comprovado interesse em celebrar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde para gerenciar o **HOSPITAL ESTADUAL DE BAURU “ARNALDO PRADO CURVÊLLO”**, situado à Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 100 – Quadra 1 – Bauru - São Paulo, manifestem, por escrito, seu intento junto ao Titular da Pasta, no prazo máximo de 07 (sete) dias úteis a contar da publicação desta Resolução.

Artigo 2º - O Contrato de Gestão a que se refere o artigo 1º desta Resolução terá por objeto discriminar as atribuições, responsabilidades e obrigações das partes na operacionalização da gestão do **HOSPITAL ESTADUAL DE BAURU “ARNALDO PRADO CURVÊLLO”**, compreendendo a execução das atividades e serviços de assistência à saúde, bem como a sistemática econômico-financeira da gestão.

Artigo 3º - As Organizações Sociais de Saúde interessadas em firmar Contrato de Gestão para gerenciar o **HOSPITAL ESTADUAL DE BAURU “ARNALDO PRADO CURVÊLLO”** deverão apresentar à Secretaria Estadual de Saúde, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contados a partir da manifestação de sua intenção, conforme disposto no artigo 1º desta Resolução, um Plano Operacional, que contemple, no mínimo:

a) Discriminação dos serviços de assistência à saúde a serem oferecidos à população, garantindo a continuidade da atividade assistencial atualmente prestada pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE BAURU “ARNALDO PRADO CURVÊLLO”**;

b) Sistemática econômico-financeira para a operacionalização dos serviços propostos;

Parágrafo 1º - O Plano Operacional deverá ser entregue no prazo previsto neste artigo, na Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, à Av. Dr. Arnaldo, nº 351, 12º andar, sala 1208, das 9h00 às 17h00 horas.

Parágrafo 2º - Serão fornecidos às instituições que manifestem seu interesse no prazo previsto no artigo 1º, todos os dados estruturais e de necessidades de serviços referente ao **HOSPITAL ESTADUAL DE BAURU “ARNALDO PRADO CURVÊLLO”**, que deverão ser utilizados pelas instituições para elaboração do Plano Operacional.

Parágrafo 3º - O Plano Operacional deverá estar formatado nas planilhas fornecidas pela Secretaria em MS-Excel e deverá ser apresentado em meio eletrônico (CD-ROM), acompanhado por uma via já impressa em papel. As informações adicionais e/ou explicações deverão ser apresentadas em formato de texto.

Artigo 4º - O Contrato de Gestão reproduzido no Anexo I desta Resolução, cuja minuta foi previamente aprovada pela Consultoria Jurídica desta Pasta, observará as normas legais e regulamentares aplicáveis à espécie.

Artigo 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

GIOVANNI GUIDO CERRI
Secretário de Estado

ANEXO I

(Anexo a que se reporta a Resolução SS nº 87, de 22 de agosto de 2012)
Contrato de Gestão Modelo para serviços hospitalares, exclusivamente ambulatoriais e outros tipos de serviços – excluindo-se laboratórios- aprovado pela CJ Processo nº001/0100/000.366/2006, por intermédio do Parecer nº. 21/2009.

CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DA SAÚDE, E O (A)....., QUALIFICADO (A) 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....., portador da Cédula de Identidade RG nº, CPF nº, 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, Senhor, RG nº, CPF 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 os Anexos Técnicos que integram 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 – Descrição de Serviços
 - b) O Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento
 - c) O Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade

CLÁUSULA SEGUNDA

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à **CONTRATADA**, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos 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;
- 6.2- Comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;
- 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 Usuário", devendo encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste **Contrato de Gestão**;
- 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, sempre que solicitado, 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;
- 12.1 Em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, integrar o Serviço de Marcação de Consultas instituído pela Secretaria de Estado da Saúde, se esta assim o definir;
- 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, exceto nos casos de consentimento informado, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Consentido, quando deverá haver manifestação expressa de consentimento do paciente ou de seu representante legal, por meio de termo de responsabilidade pelo tratamento a que será submetido;
- 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 ATENDIMENTO", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
- 1- Nome do paciente
 - 2- Nome da Unidade de atendimento
 - 3- Localização do Serviço/Hospital (endereço, município, estado)
 - 4- Motivo do atendimento (CID-10)
 - 5- Data de admissão e data da alta (em caso de internação)
 - 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 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 26 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 gestantes, 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.
- 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, 10 (dez) 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 e sempre que uma nova aquisição lhe for comunicada pela **CONTRATADA**;
- 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, conforme o disposto na Lei Complementar nº 846/98;
- 6- Analisar, sempre que necessário e, no mínimo 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 da Execução dos Contratos de Gestão, 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 trimestral 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 Assembleia 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, os quais serão consolidados pela instância responsável da **CONTRATANTE** e encaminhados aos membros da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão em tempo hábil para a realização da avaliação trimestral.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão 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 Gestão de Contratos 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 de Gestão** 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 e havendo concordância de ambas as partes.

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 de Gestão**, especificados no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento, a importância global estimada de R\$ (.....)

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$ XXXXXXX (.....) correspondente a este exercício financeiro, onerará a rubrica, no item, no exercício de 20, cujo repasse dar-se-á na modalidade **CONTRATO DE GESTÃO, conforme Instrução TCESP nº 01/2007.**

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.

PARÁGRAFO QUINTO

A **CONTRATADA** deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **CONTRATANTE** em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular o hospital público sob sua gestão, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da **OSS CONTRATADA**. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE.**

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, cujo valor corresponde a um valor fixo (1/12 de 90% do orçamento anual, e um valor correspondente à parte variável do contrato (1/12 de 10% do orçamento anual).

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As parcelas mensais serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa do contrato, e os ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas da parte variável serão realizados nos meses de Fevereiro, Maio, Agosto e Novembro após análise dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os valores de ajuste financeiro citados no parágrafo anterior serão apurados na forma disposta no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra o presente **Contrato de Gestão**.

PARÁGRAFO QUARTO

Os indicadores do último trimestre do ano serão avaliados no mês de Janeiro do contrato do ano seguinte.

PARÁGRAFO QUINTO

Na hipótese da unidade não possuir um tempo mínimo de 3(três) meses de funcionamento, a primeira avaliação dos Indicadores de Qualidade para efeitos de pagamento da parte variável do **Contrato de Gestão**, prevista no Parágrafo 2º desta Cláusula, será efetivada no trimestre posterior.

CLÁUSULA NONA

DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá 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 à 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 direta ou indireta ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada, sendo lícito à **CONTRATADA**, no entanto, buscar o ressarcimento a que se refere o artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nas hipóteses e na forma ali prevista.

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 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

....., de de

Contratada

Testemunhas:

1) _____

Nome:

R.G.:

Secretário de Estado da Saúde

2) _____

Nome:

R.G.:

ANEXO TÉCNICO I

(Anexo a que se reporta a Resolução SS nº 87, de 22 de agosto de 2012)

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

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, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial, ou outros).

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 hospitalares 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.

Em caso de hospitalização, 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;

4.3 Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

4.4 Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como terapias especializadas realizadas por especialidades não médicas (sessões).

4.5 As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

4.6 Com relação às sessões de Tratamentos Clínicos: (Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Terapia Especializada - Litotripsia), SADT externo (Diagnóstico em laboratório clínico - CEAC e Diagnóstico em Anatomia Patológica - CEAC e SEDI - Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem), o volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, para acompanhamento destas atividades, conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o (a) 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 ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

II. 1 INTERNAÇÃO

II.1.1 INTERNAÇÃO (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

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:

INTERNAÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Clinica Médica													
Clinica Cirúrgica													
Obstetrícia													
Pediatria													
Psiquiatria													
Total													

II.1.2 HOSPITAL DIA E CIRURGIA AMBULATORIAL

HD/Cirurgia Ambulatorial	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Hospital Dia													
Cirurgia Ambulatorial													
Total Cirurgias													

II.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

(serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeira Consulta													
Interconsulta													
Consulta Subsequente													
Consulta não Médica													
Terapias (Sessões)													
Total Consultas													

Especialidades médicas	20...	Especialidades médicas	20..
Acupuntura		Mastologia	
Alergia/Imunologia		Medicina do trabalho	
Anestesiologia		Medic. Int./Clin. Geral egressos enfermarias	
Cardiologia		Nefrologia	
Cirurgia Cardiovascular		Neonatologia	
Cirurgia Geral		Neurocirurgia	
Cirurgia Pediátrica		Neurologia	
Cirurgia Plástica		Obstetrícia	
Cirurgia Torácica		Oftalmologia	
Cirurgia Vascular		Oncologia	
Dermatologia		Ortopedia/Traumatologia	
Endocrinologia		Otorrinolaringologia	
Endocrinologia Infantil		Pediatria-egressos enfermarias	
Fisiatria		Pneumologia	
Gastroenterologia		Proctologia	
Genética Clínica		Psiquiatria	
Geriatría		Reumatologia	
Ginecologia		Urologia	
Hematologia		Outros	
Infectologia			

Especialidades não médicas	20..	Especialidades não médicas	20..
Enfermeiro		Nutricionista	
Farmacêutico		Psicólogo	
Fisioterapeuta		Terapeuta Ocupacional	
Fonoaudiólogo		Odontologia Buco/Maxilo	

II.3 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada) ()

Atendimento de Urgência não referenciado (Porta Aberta) ()

Consulta de Urgência	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Total													

II.4 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial)

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de _____ exames, a pacientes **EXTERNOS** ao hospital, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, nas quantidades especificadas:

SADT Externo	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Diagn. Laborat. Clínico													
Anat. Patol. Citológ.													
Radiologia													
Ultra-sonografia													
Tomografia Comp.													
Ressonância Magnética													
Medicina Nuclear In Vivo													
Endoscopia													
Radiologia Interv.													
Métodos Diagnósticos em Especialidades													
Proced. Esp. Hemoterapia													
Total													

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

II.4.1 – SERVIÇOS SOB ACOMPANHAMENTO

TRAT.CLINICO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total
Trat. em Oncologia - Radioterapia													
Trat. em Oncologia - Quimioterapia													
Trat. em Nefrologia - Trat. Dialítico													
Terapias Especializadas - Litotripsia													
Total Trat. Clínico													

SADT Externo CEAC	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Diag. Laboratório Clínico													
Anat. Patológ. e citop.													
Total													

SADT Externo SEDI	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Radiologia - SEDI													
Ultra-Sonografia - SEDI													
Tomografia - SEDI													
Ressonância - SEDI													
Radiologia Intervencionista - SEDI													
Total													

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinadas.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

ANEXO TÉCNICO II

(Anexo a que se reporta a Resolução SS nº 87, de 22 de agosto de 2012)

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 - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

() Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro)

- () Hospital Dia /Cirurgias Ambulatoriais
- () Atendimento Ambulatorial
- () Atendimento a Urgências
- () Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
- () Outros atendimentos

1.1 As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 05 do ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do para o exercício de 20____, fica estimado em R\$ _____ (_____ reais) e compõe-se da seguinte forma:

- ◆ ____% (____ por cento) do valor, R\$ _____ (_____ reais), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento hospitalar (internação);
- ◆ ____% (____ por cento) do valor, R\$ _____ (_____ reais), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento Hospital Dia e Cirurgias Ambulatoriais,
- ◆ ____% (____ por cento) do valor, R\$ _____ (_____ reais), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento ambulatorial;
- ◆ ____% (____ por cento) do valor, R\$ _____ (_____ reais) corresponde ao custeio das despesas com o atendimento de urgências e,
- ◆ ____% (____ por cento) do valor R\$ _____ (_____ reais) corresponde ao custeio das despesas com a execução dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
- ◆ ____% (____ por cento) do valor R\$ _____ (_____ reais) corresponde ao custeio das despesas com a execução dos serviços de

4. Os pagamentos à **CONTRATADA** dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1 90% (noventa por cento) do valor mencionado no item 03 (três) serão repassados em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de R\$ (..... reais);

4.2 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 03 (três) serão repassados mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, com valor mensal estimativo de R\$ _____ (_____ reais), vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III- Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Contrato de Gestão;

4.3 A avaliação da parte variável será realizada nos meses de janeiro, abril, julho e outubro, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo

5. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 6 (seis), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo

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, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site www.gestao.saude.sp.gov.br, 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 necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A **CONTRATANTE** procederá à análise 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 (três) meses, a **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 04 (quatro) deste documento.

8. Nos meses de Julho e Janeiro, 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 atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro,

efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do Contrato de Gestão.

10. A análise referida no item 08 (oito) 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.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE

(Parte Variável do Contrato de Gestão)

Os valores percentuais apontados na tabela inserida Anexo Técnico III, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 (quatro dois) deste documento.

II.2 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

(Parte Fixa do Contrato de Gestão)

1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão nos meses de Julho e Janeiro.

2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no ANEXO TÉCNICO I - Descrição 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 (três) deste documento.

TABELA I – Para Contratos de Gestão para Gerenciamento de Hospitais

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
INTERNAÇÃO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 94,9% 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\$)
HOSPITAL DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
	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 EXTERNO	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\$)

TABELA II – Para Contratos de Gestão para Gerenciamento de Hospitais, segundo sua tipologia:

		HOSPITAL "PORTAS FECHADAS"	
		ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)	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\$)	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)

		HOSPITAL "PORTAS ABERTAS"	
		ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)	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\$)	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)

TABELA III – Para Contratos de Gestão para gerenciamento de Unidades exclusivamente Ambulatoriais e outros tipos de atividades

		UNIDADE	
		ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
.....	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade	100% do peso percentual da atividade
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade	100% do peso percentual da atividade
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade X orçamento da unidade (R\$)	90% X peso percentual da atividade X orçamento da unidade (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade X orçamento da unidade (R\$)	70% X peso percentual da atividade X orçamento da unidade (R\$)

ANEXO TÉCNICO III

(Anexo a que se reporta a Resolução SS nº 87, de 22 de agosto de 2012)

INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito financeiro.

IMPORTANTE: Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no 2º, ou no 3º ou no 4º trimestres.

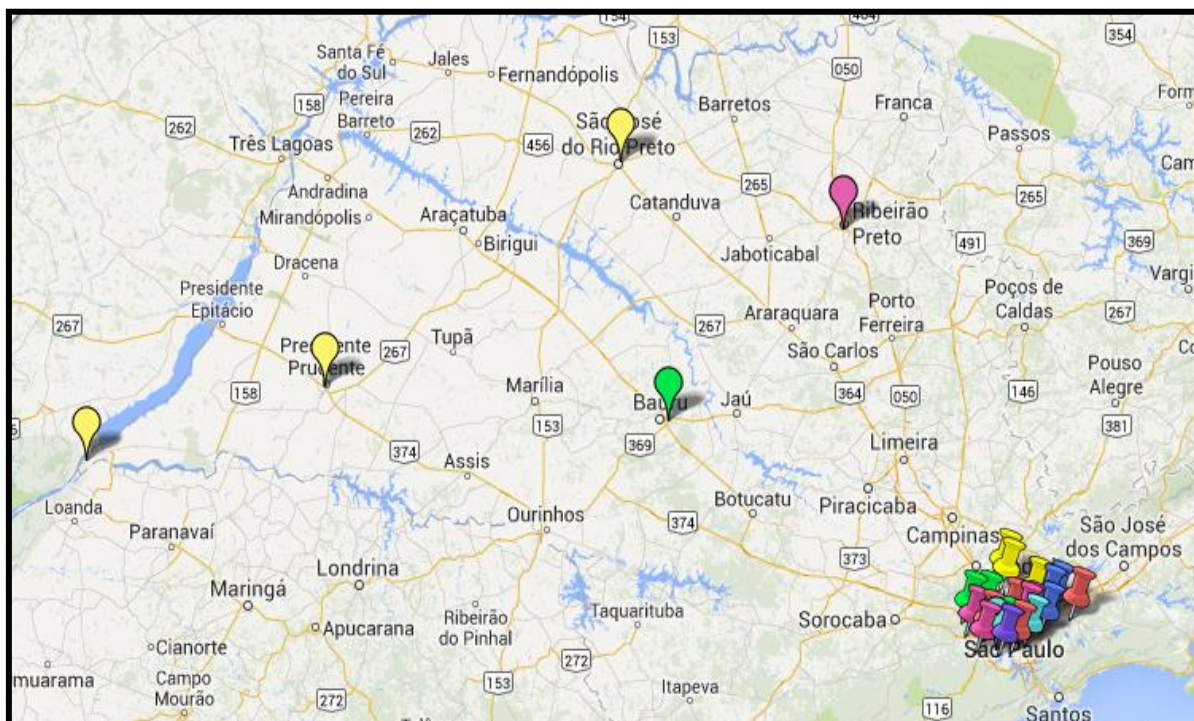
Isto não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação a cada hospital serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a acreditação de cada indicador para o respectivo pagamento.

A cada ano é fornecido um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato de Gestão.












PESOS PERCENTUAIS DOS INDICADORES DEFINIDOS PARA O ANO DE 200.....

INDICADOR	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre

APÊNDICE A – DISTRIBUIÇÃO DAS OSS NO ESTADO DE SÃO PAULO



Legenda:

-  Assoc. Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus
-  FAMESP
-  HCFMRPUSP - FAEPA
-  - Casa de Saúde Santa Marcelina
-  - Santa Casa SP
-  - SPDM
-  - Fundação do ABC
-  - Cruzada São Camilo
-  - SECONCI
-  - IRSSL
-  - CEJAM