UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

DIEGO PUGLIESE TONELOTTO

Hospitais de alta complexidade do Estado de São Paulo: comparação entre administração direta e gestão por organizações sociais

São Paulo
2018

DIEGO PUGLIESE TONELOTTO

Hospitais de alta complexidade do Estado de São Paulo: comparação entre administração direta e gestão por organizações sociais

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas.

Versão corrigida contendo as alterações solicitadas pela comissão julgadora em 30 de outubro de 2018. A versão original encontra-se em acervo reservado na Biblioteca da EACH/USP e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD), de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011.

Área de Concentração:

Análise de Políticas Públicas

Orientador

Prof. Dr. Jaime Crozatti

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO
(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca)
CRB 8 - 4936

Tonelotto, Diego Pugliese
Hospitais de alta complexidade do estado de São Paulo: comparação entre administração direta e gestão por organizações sociais / Diego Pugliese Tonelotto ; orientador, Jaime Crozatti. – 2018
126 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo.
Versão corrigida

1. Administração hospitalar - São Paulo. 2. Administração pública. 3. Hospitais públicos - São Paulo - Gerenciamento. 4. Organizações sociais. I. Crozatti, Jaime, orient. II. Título
CDD 22.ed. – 362.11098161

Nome: TONELOTTO, Diego Pugliese.

Título: Hospitais de alta complexidade do Estado de São Paulo: comparação entre administração direta e gestão por organizações sociais

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas.

Área de Concentração:

Análise de Políticas Públicas

Aprovado em: 30 / 10 / 2018

Banca Examinadora

Prof. Dr.	Jaime Crozatti	Instituição:	EACH - USP
Julgamento:	Não Votante	Assinatura:	_____
Prof. Dr.	Fernando de Souza Coelho	Instituição:	EACH - USP
Julgamento:	Aprovado	Assinatura:	_____
Prof. Dr.	Ricardo Luiz Pereira Bueno	Instituição:	UNIFESP – Externo
Julgamento:	Aprovado	Assinatura:	_____
Prof. Dr.	Adiel Goes de Figueiredo Junior	Instituição:	Externo
Julgamento:	Aprovado	Assinatura:	_____

RESUMO

TONELOTTO, Diego Pugliese. **Hospitais de alta complexidade do Estado de São Paulo**: comparação entre administração direta e gestão por organizações sociais. 2018. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo. Versão Corrigida.

A década de 90 foi marcada em muitos países ao redor do globo por profundas transformações na administração pública com base na *New Public Management*, que buscaram aumentar a eficiência dos serviços prestados e racionalizar o gasto público, através da introdução de novos instrumentos de gestão no Estado e a aproximação da iniciativa privada. Processo este que ocorreu no Brasil guiado pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado. Na área da saúde este processo ocorreu principalmente nos hospitais, devido aos altos custos envolvidos nestas instituições que integram os sistemas de saúde. Um dos instrumentos introduzidos foi a publicização da gestão de serviços públicos por entidades sem finalidades lucrativas, pela contratualização de resultados, sendo São Paulo o estado onde mais se utiliza este modelo no país. Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo fazer uma análise da eficiência operacional dos hospitais públicos de grande porte que atuam no atendimento de alta complexidade no Estado de São Paulo, geridos pela administração direta e por organizações sociais via contrato de gestão, através da análise dos dados dos hospitais disponíveis nos portais da transparência utilizando o DEA e do conteúdo dos contratos de gestão firmados entre o poder público e as entidades gestoras pelo software IRAMUTEQ. Os resultados indicam que os hospitais geridos por organizações sociais apresentavam nível de eficiência operacional maior se comparados aos geridos pelo próprio estado. Entre os fatores encontrados citamos: a distinção no porte destas instituições, no volume dos recursos financeiros, na maior quantidade de atividades na alta complexidade, e o conteúdo dos contratos firmados, que apresentam metas e indicadores de qualidade para a avaliação dos serviços prestados.

Palavras-chaves: Organizações sociais. Hospitais. Contrato de gestão. Organização administrativa.

ABSTRACT

TONELOTTO, Diego Pugliese. **Hospitals of high complexity in the State of São Paulo**: comparison between direct administration and management by social organizations. 2018. 126p. Dissertation (Master of Science) – School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, São Paulo. Corrected version.

The 1990s were marked in many countries around the globe by deep transformations in public administration based on New Public Management, which sought to increase the efficiency of services provided and rationalize public spending through the introduction of new management tools in the State and the approximation of private initiative. This process occurred in Brazil guided by the Master Plan of Reform of the State Apparatus. In the area of health this process occurred mainly in hospitals, due to the high costs involved in these institutions that integrate health systems. One of the instruments introduced was the publicizing of the management of public services by non-profit-making entities, through the contracting of results, with São Paulo being the state where this model is most used in the country. In this context, the objective of this study is to analyze the operational efficiency of large public hospitals that operate in high complexity care in the State of São Paulo, managed by the direct administration and by social organizations through a management contract, through analysis of the data of the hospitals available in the transparency portals using the DEA and the content of the management contracts entered into between the public authority and the managing entities by the IRAMUTEQ software. The results indicate that hospitals managed by social organizations had a higher level of operational efficiency than those managed by the state itself. Among the factors we have mentioned are: the distinction in the size of these institutions, the volume of financial resources, the greater number of activities in the high complexity, and the content of the contracts signed, which present goals and quality indicators for the evaluation of services rendered.

Keywords: Social organizations. Hospitals. Contract management. Administrative organization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama do planejamento de publicização das atividades 40

Figura 2 – Fórmula do cálculo da eficiência para cada DMU pela *DEA*..... 60

Figura 3 – Nuvem de Palavras..... 98

Figura 4 – Grafo de Similitudes..... 98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes do contrato de gestão.....24

Quadro 2 – Comparação do contrato de gestão entre 1998-2000 e pós 2001 no Estado de São Paulo 52

Quadro 3 – Quantidade e tipo de estabelecimentos estaduais de saúde do Estado de São Paulo entre 2006 e 2015.....53

Quadro 4 – Processos referentes aos hospitais e as organizações sociais responsáveis...76

Quadro 5 – Função do representante da Organização social referente a cada contrato, com ano e hospital. 77

Quadro 6 – Valores globais e referentes ao primeiro ano de vigência de cada contrato, com hospital e Organização Social responsável.....79

Quadro 7 – Especialidades médicas contratrualizadas por hospital e ano do contrato.....81

Quadro 8 – Especialidades não médicas contratrualizadas por hospital e ano do contrato.....83

Quadro 9 – Quantidade de atendimentos por especialidade contratualizadas por hospital e ano do contrato 83

Quadro 10 – Quantidade de atendimentos por tipo por hospital e ano do contrato. 84

Quadro 11 – Tipo de admissão e quantidade de atendimentos de Urgência e de Serviços de apoio diagnostico e terapêutico por hospital e ano do contrato.....84

Quadro 12 – Distribuição percentual para efeito de desconto dos indicadores de produção do orçamento de custeio, por hospital e ano do contrato.....86

Quadro 13 – Indicadores de qualidade presente em cada contrato.....88

Quadro 14 – 30 principais formas ativas e sua ocorrência no texto.....90

Quadro 15 – Grupos e palavras presentes no grafo 93

Quadro 16 – Quantidade de Leitos por Hospital.....95

Quadro 17 – Total de recursos financeiros liquidados por hospital (milhões de reais).....95

Quadro 18 – Relação de recursos financeiros por leitos (mil reais).....96

Quadro 19 – Porcentagem das AIH's pagas na alta complexidade em relação ao total AIH's pagas.....97

Quadro 20 – Porcentagem dos valores das AIH's pagas na alta complexidade em relação ao total AIH pagas 98

Quadro 21 – Porcentagem de taca de ocupação na alta complexidade em relação ao total de permanências 99

Quadro 22 – Porcentagem de diárias na UTI de alta complexidade por total de permanências na alta complexidade. 100

Quadro 23 – Porcentagem de diárias na UTI alta complexidade em relação ao total de diárias na UTI 100

Quadro 24 – Média internações por leitos por ano 102

Quadro 25 – Proporção de óbitos na alta complexidade em relação ao total AIH's na alta complexidade 102

Quadro 26 – Porcentagem de óbitos na alta complexidade em relação ao total de permanências na alta complexidade 103

Quadro 27 – Scores do *DEA* referente aos hospitais por ano 105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS ..... Atenção Básica à Saúde
AD ..... Administração Direta
AIDS ..... Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH ..... Autorização de Internação Hospitalar
Amb. ..... Ambulatorial
Art. ..... Artigo
At. ..... Atenção
BPA ..... Boletim de Produção Ambulatorial
C. ..... Clínica
CID ..... Código Internacional de Doenças
CGCSS ..... Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
CLT ..... Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES ..... Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONITEC ..... comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DEA ..... Data Envelopment Analysis
Diag. ..... Diagnóstico
Distr. ..... Distribuição
DMU ..... *Decision Making Unit*
Dr. ..... Doutor
ESF ..... Estratégia Saúde da Família
Est. ..... Estadual
FSP ..... Faculdade de Saúde Pública
FUABC ..... Fundação do ABC
HCLPM..... Hospital das Clinicas Luzia de Pinho Melo
HGIS ..... Hospital Geral de Itapecerica da Serra
HGP ..... Hospital Geral de Pirajussara
IBGE ..... Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPC ..... Índice Nacional de Preços ao Consumidor
ISO ..... *International Organization for Standardization*
JCI ..... *Joint Commission International*
L. ..... Luzia
Lab. ..... Laboratório

LC ..... Lei Complementar
M. ..... Martins
MARE ..... Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
NIAHO..... National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations
Notif. ..... Notificação
NPM ..... *New Public Management*
OHSAS..... *Occupational Health and Safety Assessment Series*
OMS ..... Organização Mundial da saúde
ONA ..... Organização Nacional de Acreditação
OS ..... Organização Social
PDRAE..... Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PIB ..... Produto Interno Bruto
PMS ..... Programa Metropolitano de Saúde
PNHOSP ..... Política Nacional de Atenção Hospitalar
Reg. ..... Regional
RRAS ..... Rede Regional de Atenção à Saúde
SEADE ..... Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SEC. ..... Secretaria.
SECONCI ..... Serviço Social da Construção Civil
Ser. ..... Serviços
SES ..... Secretaria de Estado de Saúde
SI ..... Sistema de Informação
SIA ..... Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH ..... Sistema de Informações Hospitalares
SP ..... São Paulo
SPDM ..... Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina.
SUS ..... Sistema Único de Saúde
UNICAMP ..... Universidade Estadual de Campinas
Unid. ..... Unidade
USP ..... Universidade de São Paulo
UTI ..... Unidade de Tratamento Intensivo
V. ..... Vivaldo
Vig. ..... Vigilância

Sumário

1 INTRODUÇÃO 1

2 A SAÚDE NO CONTEXTO DAS REFORMAS GERENCIAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA 7

2.1 Estado Contratual: o contrato social e o contrato de gestão 7

2.2 A Nova Gestão Pública e as reformas gerenciais 9

2.2.1 O contrato de gestão 19

2.2.2 Avaliação de políticas públicas 26

2.2.3 Hospitais 28

2.2.2.1 Gestão hospitalar 30

2.2.2.2 Acreditação Hospitalar 35

2.3 Eficiência na saúde 36

2.4 Brasil 38

2.4.1 Sistema Único de Saúde - SUS 41

2.4.2 Organizações Sociais 44

2.4.3 Estado de São Paulo 47

3 METODOLOGIA 54

3.1 Análise Envoltória de Dados (*DEA*) 57

3.2 Seleção dos hospitais 62

3.3 Os contratos de gestão analisados 64

3.4 Dados utilizados 66

4 ANÁLISE E RESULTADOS 70

4.1 Os hospitais analisados 70

4.2 Análise dos contratos de gestão 75

4.2.1 Análise do conteúdo textual dos contratos pelo IRAMUTEQ 89

4.3 **Análise dos Hospitais** 94

4.3.1 *Porte dos hospitais* 94

4.3.2 *Proporção da alta complexidade nos hospitais* 97

4.3.3 *Indicadores operacionais* 101

4.4 **Análise Envoltória de Dados (*DEA*)** 104

4.5 **Discussão dos dados** 106

5 **CONCLUSÕES** 111

ANEXO A - RECURSOS FINANCEIROS LIQUIDADOS PELO ESTADO DE SÃO PAULO POR HOSPITAL INFLACIONADOS PARA O ANO BASE DE 2016 127

ANEXO B – QUANTIDADE DE LEITOS HOSPITALARES POR HOSPITAL E ANO 128

ANEXO C – QUANTIDADE DE ÓBITOS NA ALTA COMPLEXIDADE 129

ANEXO D – QUANTIDADE TOTAL DE AIH'S 130

ANEXO E – QUANTIDADE TOTAL DE AHI'S NA ALTA COMPLEXIDADE 131

ANEXO F – VALORES TOTAIS PAGOS DAS AIH'S INFLACIONADOS AO ANO BASE DE 2016 132

ANEXO G – VALORES TOTAIS PAGOS DAS AIH'S NA ALTA COMPLEXIDADE DEFLACIONADOS AO ANO BASE DE 2016 133

ANEXO H - QUANTIDADE TOTAL DE PERMANÊNCIAS 134

ANEXO I – QUANTIDADE TOTAL DE PERMANÊNCIAS NA ALTA COMPLEXIDADE 135

ANEXO J – QUANTIDADE DE DIÁRIAS NA UTI 136

ANEXO L – QUANTIDADE DE DIÁRIAS NA UTI RELACIONADA A ALTA COMPLEXIDADE 137

1 INTRODUÇÃO

A saúde é apontada na Declaração Universal dos Direitos Humanos como um dos direitos fundamentais da humanidade, reflexo do seu impacto no pleno desenvolvimento de um indivíduo e de uma sociedade. É inegável a sua importância para o pleno exercício das atividades de uma pessoa, como lazer, trabalho, convívio familiar, relações afetivas, educação etc., dado que apenas gozando de suas capacidades físicas e mentais é possível ao cidadão usufruir de sua total liberdade e independência. Devido a impossibilidade do acesso amplo de todas as pessoas através unicamente do mercado aos serviços de saúde, seja devido às condições econômicas do indivíduo ou pela indisponibilidade de determinados bens ou serviços na região, o Estado se faz necessário na garantia deste direito (SANCHO, 2007).

Para isso o Estado atua no setor regulando o mercado da saúde, legislando sobre o tema, fornecendo os serviços demandados pela população e executando ações e políticas preventivas ou com externalidades positivas (SANCHO, 2007). Para o fornecimento destes serviços alguns países constituíram sistemas públicos de saúde, estruturados de diferentes formas dependendo das características políticas, sociais, econômicas e históricas de cada sociedade. Porém todos são igualmente formados por instituições, programas, pessoas, políticas e ações que buscam promover, restaurar ou manter a saúde, constituída não apenas por organizações públicas que prestam serviços à população, mas incluindo organizações privadas (lucrativas ou não) conveniadas ou contratadas, órgãos reguladores, programas de prevenção, legislação, atividades intersetoriais etc. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Porém, no setor público, a gestão deste sistema baseia-se num aparente paradoxo. Se por um lado a evolução demográfica e a ampliação do direito à saúde no sentido da universalização fez com que houvesse aumento da quantidade de serviços prestados visando uma ampla cobertura e o atendimento de novas demandas da sociedade; por outro a limitação dos recursos disponíveis, financeiros e materiais, junto com a evolução tecnológica, voltada principalmente ao desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas, e não para a diminuição dos custos (SILVA; VIANA, 2011), tornou cada vez maior a necessidade de focalizar as ações

de saúde em grupos chaves, racionalizando o acesso do cidadão-contribuinte a determinados serviços.

Nestas condições, é necessária a busca constante de novas formas de atendimento à população, que permitam conciliar a ampliação da cobertura com a adoção dos tratamentos mais modernos, uma solução intermediária que se baseie na equidade de aceso (VIEIRA-DA-SILVA, 2014), através da universalização dos atendimentos que são demandados pela maioria da população (clinico geral, ginecologista etc.), tendo em vista que não existem serviços demandados igualmente por todas as pessoas no mesmo momento, ou que tenha caráter preventivo (vacinação, mamografia), introduzindo aos poucos as novas tecnologias na população foco, analisando o efeito destas tecnologias e sua possibilidade de universalização (tratamento da AIDS, remédio para câncer), como o trabalho realizado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sus (CONITEC), e incentivando o empreendedorismo na busca de uma melhora contínua na utilização dos recursos já disponíveis (VALENTE, 2001).

Nos sistemas de saúde, os serviços prestados são agrupados segundo o seu nível de complexidade, com o nível terciário, ou de alta complexidade, o que envolve alta tecnologia e procedimentos especializados. É neste nível de atendimento que estão os maiores custos unitários, de modo que, mesmo que a quantidade de atividades executadas seja menor que nos demais níveis de complexidade, seu impacto financeiro será alto (BRASIL, 2009). Os hospitais são as principais instituições responsáveis pelo fornecimento dos serviços e ações deste nível de atendimento.

Na evolução dos gastos dos sistemas de saúde pública, a tendência de elevação dos custos na alta complexidade apresenta dois problemas: o primeiro é a concorrência com os gastos em saúde básica, menos custosa e com melhores resultados no médio e longo prazo, tendo em vista maior cobertura da população; o segundo é a concorrência com outras áreas de atuação do setor público em relação a novos investimentos. São necessárias ações que busquem aumentar a eficiência dos gastos com estes hospitais e melhorar os serviços prestados à população.

Devido a estes fatores, a maioria dos sistemas de saúde, seja em países desenvolvidos ou subdesenvolvidos, apresenta problemas similares, mesmo em diferentes graus, em relação a sua sustentabilidade financeira, capacidade de

resposta, legitimidade perante a população e introdução de inovações. Em consequência, novos modelos de gestão são inseridos nestes sistemas (GOMES, 2005). Por isso, a maioria dos países realizou reformas, desde mais pontuais até em larga escala, em seus sistemas de saúde, visando reorganizar suas estruturas de atendimento à população para enfrentar as dificuldades existentes no setor (GOMES, 2005).

Porém, mais que ações pontuais, essas reformas estavam alinhadas ao contexto político da época, inseridas em um processo de profundas transformações que ocorreram no setor público em diferentes países, guiadas pelas ideias da chamada de Nova Gestão Pública (*New Public Management - NPM*), ou reformas gerenciais, estando inserida dentro dos modelos pós-burocráticas. Estas reformas, ao criticar a rigidez e uniformidade do modelo burocrático, propuseram dotar a administração pública de maior flexibilidade e adaptabilidade. Como características desse novo modelo estão a orientação ao cidadão, foco nos resultados, busca da eficiência, descentralização da prestação dos serviços públicos, inovação na gestão (contrário à padronização burocrática), formação de parcerias, contratualização de resultados, privatização das atividades industriais, aumento do papel fiscalizador do Estado, a liberalização econômica e maior controle na condição fiscal no setor público (BRESSER-PEREIRA, 2006 A; MAJONE, 1999). Sendo estas ações implementadas no Brasil através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE).

No Brasil, um dos caminhos adotados durante as reformas gerenciais na década de 1990, especialmente na área da saúde, foi a transferência da gestão de alguns serviços para organizações públicas não estatais, as Organizações Sociais (OS), entidades privadas sem fins lucrativos qualificadas pelo Estado para prestarem serviços públicos (BRASIL,1997). O Estado de São Paulo foi um dos primeiros entes da federação a adotar este modelo de gestão e onde este teve maior proliferação no Brasil (SANO; ABRUCIO, 2008).

Com os novos modelos de gestão do setor público decorrentes das reformas realizadas, os hospitais públicos, especialmente em São Paulo, também sofreram alterações no modo em que eram administrados. Diminuir ou controlar a trajetória de aumento dos custos e, consequentemente, buscar maior nível de eficiência na prestação dos serviços e gestão dos recursos (GOMES, 2005; IBAÑEZ; VECINA

NETO, 2007). Um destes novos modelos foi a contratualização de resultados, que através da negociação e da elaboração de um contrato entre o poder público e o responsável pela instituição, visava dar maior autonomia de decisão ao gestor na busca dos objetivos pactuados no contrato (TROSA, 2001; LUEDY, MENDES; RIBEIRO JUNIOR, 2012).

O estado de São Paulo foi um dos primeiros estados a criar uma lei específica sobre o assunto e implementar este modelo de gestão, de modo que atualmente é o estado com maior número de organizações qualificadas como OS, o ente público que apresenta maior quantidade de hospitais geridos via contratualização com estas entidades, apresenta o maior acúmulo de experiência neste modelo de gestão, e conta com uma coordenadoria própria na secretaria de saúde dedicada exclusivamente à gerência dos contratos de gestão e a relação com as organizações sociais (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2017; BARBOSA; ELIAS, 2010; FERREIRA JUNIOR, 2003; IBAÑEZ et al, 2001; JUNIOR, NASCIMENTO; COSTA, 2011; SANO; ABRUCIO, 2008).

Diante deste cenário, o presente estudo tem sua principal motivação na relevância da maneira em que são aplicados os recursos públicos em relação aos resultados alcançados, buscando com isso contribuir para o debate sobre os modelos de gestão adotados na área da saúde nas últimas décadas no estado de São Paulo.

O objetivo central deste trabalho é fazer uma análise da eficiência (insumos x resultados) dos hospitais públicos no atendimento de alta complexidade no Estado de São Paulo que atuam pelo SUS e são geridos via administração direta ou por organizações sociais, via contrato de gestão, conjuntamente com a análise do conteúdo dos contratos firmados para a gestão destes hospitais.

São utilizadas informações disponíveis em portais de transparência. A escolha pelo uso de dados de portais de transparência tem duplo motivo: o primeiro, como apontado por Sano e Abrucio (2008) e Baggenstoss e Donadone (2014), a questão da eficiência na gestão de instituições de saúde geridas por OS's já foi abordada por diferentes autores e sobre diferentes perspectivas nas últimas décadas, é tema de artigos, livros, dissertações e teses (RODRIGUES; et al, 2014). Assim, este trabalho colocou foco em um conjunto de dados ainda pouco explorados: os dados sobre as atividades dos hospitais de alta complexidade

existentes nos portais da transparência do Estado de São Paulo; o segundo, realizar uma análise com dados disponíveis à população, de modo que possa ser realizado o acompanhamento pelos cidadãos e reforçar a *accountability* do poder público.

Como objetivos secundários, o trabalho busca:

a) analisar os contratos de gestão firmados entre o governo do estado de São Paulo com Organizações Sociais que passaram a gerenciar os hospitais com destaque a:

- relação entre poder público e privado;
- formas de financiamento;
- monitoramento e avaliação; e
- objetivos e metas descritos;

b) desenvolver, com base nas informações disponíveis à população nos portais da transparência, indicadores que possam ser capazes de medir o desempenho dos hospitais de alta complexidade do Estado de São Paulo, como: taxa de mortalidade e permanência média por leito;

c) discutir os limites e potencialidades da contratualização com organizações sociais para a gestão dos hospitais públicos.

O trabalho é caracterizado como um estudo exploratório de dados, de natureza quali-quanti, com uma amostra não probabilística selecionada intencionalmente (ou por julgamento), utilizando-se como base a pesquisa documental e bibliográfica, com objetivo de comparar a eficiência (insumos x resultados) de hospitais de alta complexidade geridos pela administração direta e aqueles contratualizados com organizações sociais. Para a análise dos dados utilizou-se indicadores de eficiência e qualidade da utilização dos recursos e a Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis – DEA*).

O trabalho está estruturado em cinco partes, iniciando com esta Introdução, na qual é exposta a contextualização do trabalho, características do setor de saúde na gestão pública, juntamente com os objetivos e justificativa.

O segundo capítulo apresenta a revisão bibliográfica do trabalho, iniciando com a questão da presença do contrato no setor público, não apenas como peça

jurídica, mas como própria origem deste, de acordo com a doutrina contratualista. Seguindo, pela discussão conceitual dos principais temas abordados na pesquisa, como o movimento global de reformas das administrações públicas nas décadas de 1980 e 1990 com base na *New Public Management*, seus princípios e as mudanças ocorridas, focando na questão da gestão por resultados, parcerias com o setor privado, contratualização e o papel das entidades privadas sem fins lucrativos neste modelo. Passa para um detalhamento das instituições hospitalares, suas origens, características e seu papel nos sistemas de saúde atuais, apresentando os hospitais selecionados no trabalho. Aborda a questão da eficiência e da qualidade na área da saúde. E por fim contextualiza o objeto estudado, com o processo de reformas na administração pública iniciada no Brasil nos anos 1990, com ênfase para o terceiro setor e na busca da mudança nos padrões de gestão dos serviços públicos, a estrutura do Sistema Único de Saúde, com seus níveis de atenção e a repartição de atribuição entre os entes da federação; a caracterização do que são as organizações sociais, e a descrição histórica que levaram o estado de São Paulo a ser o *locus* no qual estas transformações ocorreram com maior ênfase, dando-lhe atualmente um lugar de destaque em relação à gestão via organizações sociais na área da saúde, assim como a caracterização da estrutura atual de atendimento do SUS estadual.

O capítulo três aborda a metodologia utilizada no trabalho, a descrição do tipo de trabalho, a exposição da análise envoltória de dados, o método de seleção dos hospitais abarcados no estudo, o conteúdo dos contratos analisados, e a exposição dos dados sistematizados.

O capítulo quatro realiza a análise os contratos firmados entre o poder público e as Organizações Sociais que estão responsáveis pela gestão dos hospitais selecionados, buscando expor seu conteúdo e relacioná-lo com a gestão por resultados. Apresenta os cálculos dos indicadores de eficiência com base nos dados selecionados; assim como os índices de eficiência utilizando a análise envoltória de dados. Ao final, compara os resultados obtidos com outros estudos realizados sobre o mesmo tema.

No último capítulo são apresentadas as conclusões sobre a pesquisa, relacionando os objetivos principal e secundários com os resultados alcançados.

2 A SAÚDE NO CONTEXTO DAS REFORMAS GERENCIAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

2.1 Estado Contratual: o contrato social e o contrato de gestão

Apesar da utilização de contratos entre o Estado e a sociedade para a execução de atividades públicas poder ser considerado algo relativamente recente, iniciada dentro das reformas gerenciais nas décadas de 70 e 80 em diferentes países, a ideia da existência de relações contratuais entre ambos não é nova. Na ciência política, uma das primeiras correntes que buscaram explicar as origens e as funções do Estado recorreu justamente à ideia de contratos entre a população e os governantes na busca dos interesses públicos, os chamados Contratualistas.

Apesar das diferenças entre o Contrato Social, acordo entre homens e o governo para a estruturação de um Estado, e os Contratos de Gestão, acordo entre o poder público e outro ente para a prestação de serviços públicos, as bases de ambos são similares. Nos dois casos a questão central é a execução de atividades pelo poder público na busca de objetivos socialmente desejados, no qual o Estado se utiliza de sua legitimidade para atingir determinados fins, seja por sua ação direta ou indireta.

Na doutrina contratualista, argumenta-se que os homens viviam em um estado de natureza, livres e não submetidos a nenhum poder superior que regulasse as relações entre eles. Porém, devido a diferentes fatores, ou explicações, os homens sentiram a necessidade de criar um ente superior para regular as relações existentes entre eles. Estes motivos variam segundo o autor que analisa o evento, ora atribuindo a questões de proteção coletiva, como dito por Thomas Hobbes; para cumprir as leis segundo John Locke, ou garantir a liberdade individual na visão de Rousseau. Porém, são unânimes ao defenderem a proposta que a criação do Estado, através de um contrato entre todos os membros da sociedade, foi a forma de atingirem os objetivos pretendidos, que não seriam possíveis de serem alcançados sem um poder superior ao do indivíduo (SOUZA e OSCAR, 2010).

Este processo parte da ideia de necessidade de um poder maior que mantenha a paz e a segurança. Para isso o Estado teria o direito recolher impostos, criar e aplicar as leis, podendo utilizar da coerção para isso, devendo em contrapartida garantir a vida, a segurança e a ordem social. Deste modo a

legitimidade do Estado estaria baseada em uma relação de direitos e obrigações firmadas por todos os membros da sociedade na busca de um bem comum em troca de parte da liberdade individual de cada membro.

Compreende-se então que a legitimidade do Estado está na aceitação pelos membros da sociedade das atividades realizadas e nos meios utilizados para garantir aquilo que foi acordado. De modo a ser natural que esta legitimidade seja questionada ou perdida caso estes objetivos não sejam alcançados (SOUZA e OSCAR, 2010).

No processo de contratualização, reconhece-se que o Estado é um ente plural, que busca diferentes objetivos, executando para isso diferentes tarefas e ações, podendo ser realizadas de forma direta ou indireta. Porém dado à evolução da sociedade e o surgimento de novas demandas e direitos, não é mais capaz de atender a todos os objetivos através unicamente da atuação direta (MAJONE, 1999). Desta forma, com o contrato de gestão, o governo transfere para outro ente, seja público (autarquias, empresas públicas etc.) ou privado (Organizações sociais, entidades religiosas, etc.), o gerenciamento de alguns recursos públicos para atingir os objetivos pretendidos.

Deste modo o Estado abre mão de fornecer diretamente os serviços e transfere para outro ente o dever de prestá-los através do contrato. Se por um lado isso visa que seus objetivos sejam alcançados, atingindo resultados e desempenhando o papel do Estado em determinadas áreas, por outro, perde-se parte do poder de tomar as decisões sobre como será o fornecimento e por quais meios, assim como de qual forma será aplicada parte do recurso arrecadado. No entanto, a instituição gestora destes recursos por não ser eleita democraticamente e com autonomia em relação às opiniões e vontades públicas, teria legitimidade para gerir os recursos obtidos da população?

Neste caso, como exposto por Majone (1999) e Baggenstoss e Donadone (2014), estas instituições buscam sua legitimidade através da divulgação de seus resultados, defendendo que através de melhores técnicas e de um conhecimento mais aprofundado do serviço prestado, são capazes de gerenciar estes recursos de maneira mais eficiente e entregar melhores resultados do que pela prestação direta pelo Estado. Outro ponto defendido é que estas organizações gerenciam recursos públicos através de relações com o Estado, de acordo com a lei e em processos

abertos, firmados com membros eleitos ou representantes destes, e socialmente aceitas em relação a seus objetivos (MAJONE, 1999). Deste modo, a transferência do Estado para estas instituições não se restringe aos recursos materiais e financeiros, mas em parte, de sua legitimidade para poder utilizá-los. Porém, essa transferência só pode ser considerada socialmente aceita se não diminuir o poder de participação da população nas questões relacionadas ao tema, não rompendo assim com os direitos democráticos dos cidadãos, bem como se envolver apenas questões técnicas e operacionais, nas quais o conhecimento técnico se faz necessário para a execução das atividades, não delegando a possibilidade da tomada de decisão de questões políticas (MAJONE, 1999)

Podemos, deste modo, observar que nos dois casos o contrato se apresenta como o resultado de uma negociação entre partes na busca de objetivos sociais que são considerados inalcançáveis sem as mudanças propostas pelos envolvidos. Além disso, em ambos, a parte contratante (sociedade e poder público) abre mão de parte de suas características, a plena liberdade no estado de natureza, e a exclusividade de gerir os recursos obtidos da população, com a esperança de obter uma situação melhor do que a existente inicialmente, baseando-se neste fato a legitimidade para a execução de suas ações perante a sociedade.

2.2 A Nova Gestão Pública e as reformas gerenciais

No século XX, o patrimonialismo, caracterizado pelo nepotismo, patronagem, corporativismo e uso privado dos recursos públicos, começa lentamente a ser substituído pelo modelo burocrático, evocando o direito e a racionalidade como bases de estruturação do Estado, na busca da isonomia entre os cidadãos (BRESSER-PEREIRA, 2006 A). O controle hierárquico, a padronização das atividades, a legalidade e o formalismo nas ações visaram combater o nepotismo e a corrupção existente no modelo antecessor, representando um avanço na gestão pública.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial surge a necessidade de reconstrução, não apenas das áreas afetadas pela guerra, mas também das estruturas econômicas, políticas e sociais, iniciando um período que duraria até meados da década de 70, marcado pelo Keynesianismo econômico, o Estado de

Bem Estar Social (*Welfare State*) e ampliação dos direitos sociais e políticos. Os gastos públicos passaram de 10% do PIB no Brasil para algo entre 30% a 60%, de algumas ações de segurança, legislação e exército, incluíram-se saúde, educação, meio ambiente, emprego, entre outros (BRESSER-PEREIRA, 2006 B). Diante deste cenário, políticos e burocratas tentaram inicialmente buscar respostas no próprio modelo burocrático, na tentativa de atingir um mínimo de eficiência para manter a viabilidade financeira de suas atividades (BRESSER-PEREIRA, 2017).

Apesar de desde o Império Romano o poder público desempenhar ações voltadas à área da saúde, estas eram realizadas de maneira pontual, focadas em ações coletivas como saneamento e combate a pragas e pandemias, como a peste negra e a varíola, evitando que estas doenças se espalhassem pela população. Foi na idade contemporânea, com as mudanças sociais e a ampliação do papel do Estado que o poder o público começa a diversificar estas ações, ao ponto que no final do século XIX e início do XX os países começam a constituir sistemas nacionais de saúde, fato que se intensificou com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e as transformações no pós-guerra.

O Estado liberal transformou-se em um Estado Social e essa mudança era sentida também no modo como ele era administrado (BRESSER-PEREIRA, 2006 A). Deste modo, com a ampliação das áreas de atuação do Estado, as estruturas burocráticas, rígidas e uniformes, não se mostraram capazes de acompanhar estas mudanças, sendo questionadas não apenas pelo governo, mas também pela população, que as consideravam ineficientes, autoritárias e voltadas mais aos interesses próprios do que dos cidadãos (KETTL, 2006).

Esse quadro era ainda pior nos países em desenvolvimento, onde além do problema apontado, havia ainda resquícios do antigo modelo patrimonialista, como o nepotismo, desigualdade de acesso aos serviços públicos e um excesso de servidores, num cenário que mesmo sem completar a implementação do modelo burocrático e ainda com problemas sociais, se fez necessário dar respostas às mudanças que estavam ocorrendo em nível global (BRESSER-PEREIRA, 2006 A; ABRUCIO, 2006).

Esse cenário agravou-se na década de 1970, devido à crise fiscal de muitos países, com o aumento das taxas de desemprego e da inflação, o crescimento da dívida pública e a diminuição de capacidade de resposta do Estado. Este cenário

restringiu o fornecimento de serviços públicos, gerando um sentimento de descontentamento na população, o que, juntamente com os avanços nos modelos de gestão das empresas privadas, com novas soluções para problemas existente na administração de grandes organizações, abalou o consenso social sobre o papel do Estado e seus meios de ação. Neste caso, esta situação levou ao questionamento sobre as reais funções do Estado como planejador centralizado e produtor direto de bens e serviços. Este momento marca o início do processo de reformas no setor público para mudar o cenário de então (MAJONE, 1999).

Este Estado Social, ao ampliar as funções e ações realizadas, também aumentou o tamanho do aparato estatal e a complexidade de sua organização, o que levou a necessidade de transformações no modo em que era gerido. Pelo crescente volume de recursos que o Estado administrava, ganharam forças questões como a diminuição dos custos, aumento da eficiência e melhora nos resultados obtidos e passaram a ser as principais questões abordadas no início das reformas gerenciais. Não bastava apontar que os serviços públicos eram mais justos e igualitários, era necessário mudar as formas como estes serviços eram prestados e de que modo os recursos eram utilizados (BRESSER-PEREIRA, 2017).

Porém, a rigidez burocrática gerava uma incapacidade de resposta a estes problemas, o que levou ao questionamento, não apenas do governo, mas se o próprio Estado Social seria o mais adequado para isso. Eram precisas mudanças nas formas de atuação e gestão no poder público, o que deu início às reformas no aparato do Estado para contornar as limitações fiscais existentes e manter a legitimidade do Estado Social e de suas ações (BRESSER-PEREIRA, 2017).

Apesar de diferentes países terem realizado reformas administrativas em suas burocracias, com governos tanto de direita como de esquerda, agrupando um conjunto variado de motivos e objetivos dependendo do contexto de cada nação, todos se basearam na ideia de aumento da eficiência e eficácia dos serviços públicos, diminuição dos custos e ampliação das capacidades de resposta do poder público às demandas sociais, mesmo que em alguns casos isso também estivesse atrelado à diminuição do Estado (BRESSER-PEREIRA, 2017; KETTL, 2016).

Porém, essa diminuição do tamanho do Estado não deve ser vista como apenas um amplo processo de privatização ou terceirização de serviços, mas também como a adoção de novos modelos de gestão de acordo com o contexto e os

objetivos pretendidos depois de um questionamento sobre o que seria prioritário aos serviços públicos e qual o papel do Estado (TROSA, 2001). Como apontado por Bresser-Pereira (2006 A), estas mudanças significaram a diminuição do Estado em relação à produção direta de bens e serviços e, em menor intensidade, da regulação econômica, só que, com ampliação no papel de regulador e financiador de atividades com externalidades positivas, como saúde, educação e geração de empregos.

Dentro das reformas realizadas na administração pública no período, a saúde teve um lugar de destaque, como apontado por Barbosa e Elias (2010), já que as propostas de reformas estavam:

> ... condicionadas por fatores de natureza econômica, na medida em que o diagnóstico aponta para o aumento de custos no setor público e a necessidade de conter o déficit, de natureza política e ideológica, marcada pelo fim da experiência do socialismo real e o consequente fortalecimento da crença no poder do mercado, além de fatores de ordem epidemiológica (prevalência das doenças crônico-degenerativas) e demográfica (aumento da esperança média de vida), com forte impacto sobre as políticas públicas, notadamente na saúde e previdência. (BARBOSA; ELIAS, 2010, p. 2486)

Tais observações devem-se a características próprias do setor de saúde, no qual os gastos públicos cresceram constantemente durante o período, não somente pela ampliação dos serviços prestados, mas também devido ao desenvolvimento de métodos de diagnóstico e tratamento mais precisos, ao crescimento e ao envelhecimento da população, à tendência de ganhos salariais no setor acima da inflação, à crescente especialização das atividades, ao aumento do uso de exames e análises laboratoriais, o que redunda na ampliação da demanda por estes serviços (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000). Soma-se a isso o processo de judicialização das políticas públicas, em especial na área da saúde, cuja as decisões do judiciario em relação a obrigatoriedade do fornecimento pelo poder público de determinados bens e serviços de saúde, mesmo com a escassez de recursos, a não previsão orçamentária, e o não pertencimento deste às listas de medicamentos do SUS, acabam ampliando esta tendência de elevação dos gastos no setor (WANG, et al, 2014)

Todos estes fatores levaram à necessidade de mudanças na gestão dos serviços de saúde pública, antes que os gastos com saúde se tornassem insustentáveis para o Estado. Na tentativa de conter a elevação dos gastos governamentais na área e também aumentar a eficiência dos serviços, novos modelos de gestão, que englobavam ferramentas e técnicas da iniciativa privada, foram introduzidos durante as reformas. Estas reformas estavam imbuídas de uma nova mentalidade sobre o setor público, chamada de nova gestão pública (*new public management*), ou de reformas gerenciais, dentro dos modelos pós burocráticas. Ao contrário da rigidez e uniformidade do modelo burocrático, estas reformas buscavam dotar a administração pública de maior flexibilidade e adaptabilidade. Como características desse novo modelo estão a orientação ao cidadão, foco no resultado, busca da eficiência, descentralização da prestação dos serviços públicos, inovação na gestão (contrário à padronização burocrática), formação de parcerias, contratualização de resultados, privatização das atividades industriais, aumento do papel fiscalizador do Estado, liberalização econômica e o maior controle fiscal do setor público (BRESSER-PEREIRA, 2006 A; MAJONE, 1999).

Essas transformações geraram a necessidade não apenas de novos conhecimentos técnicos, mas também de novos comportamentos e modos de interação entre os atores envolvidos que afetam sistemas de crenças, valores, normas e referências do funcionário em questão como dito por Madureira:

> As idiossincrasias organizacionais de uma macro estrutura como a Administração Pública devem ser especialmente sensíveis a esta questão, uma vez que para que se possam alterar e modernizar os seus procedimentos, tradicionalmente ancorados em aspectos de carácter normativo e burocrático, importa não só o recurso à implementação das novas tecnologias (sem dúvida potenciais facilitadoras de uma nova forma de organização) mas sobretudo de novos comportamentos (decorrentes da percepção de organizações, grupos e indivíduos de que importa alterar modelos atitudinais/comportamentais face a uma nova ordem organizacional). Só assim a realidade administrativa poderá acompanhar os novos contextos políticos, sociais, econômicos e organizacionais que a enquadram (MADUREIRA e RODRIGUES, 2006, p.154).

Conforme a visão que se tinha dos gestores públicos em cada país, adotou-se um conjunto de reformas diferentes, mas que podem ser divididas em duas categorias: as que davam liberdade para os gestores (deixe gerenciar) e aquelas que criavam meios para forçar a tomada de decisão pelos gestores (façam gerenciar) (KETTL, 2006). Na primeira considera-se como problema o excesso de regras e a falta de incentivos, acreditando que dando liberdade para os administradores, estes poderiam responder melhor às demandas da população, pois detinham um conhecimento melhor de como os serviços eram prestados. Em oposição, a outra categoria considerava que o problema era a própria burocracia, com a busca de interesses corporativos e a ausência de competição entre os potenciais fornecedores dos serviços, o que fazia com que não houvesse estímulo para a melhorias. Foram necessárias ações que aproximassem o setor público do privado, quebrando monopólios e aumentando a competição entre gestores ou agências, forçando a necessidade de melhorias nos serviços prestados.

Como exposto por Madureira e Rodrigues (2006), as mudanças ocorridas não se limitaram a transformações institucionais e aspectos normativos e organizacionais da administração pública, mas também a forma de como era realizada a gestão dos recursos humanos. O novo modelo teria que equacionar o desejo dos funcionários públicos de maior autonomia, possibilidade de participação, flexibilização e a construção de novas relações no setor público, com a manutenção de questões centrais como proteção social, igualdade de tratamento e de oportunidade, legitimidade, servir a sociedade e responsabilização pública (MADUREIRA; RODRIGUES, 2006).

Estas transformações não ocorreram de maneira uniforme em todo setor público, pois além dos gestores, existem características próprias de cada área de atuação do Estado, que as distinguem entre si. Segundo Bresser-Pereira (2006 A), é possível dividir estas áreas em quatro setores: núcleo estratégico, atividades exclusivas, serviços não exclusivos e a produção de bens e serviços para o mercado. O primeiro setor engloba os poderes legislativo, judiciário e as atividades do executivo de planejamento e controle, que definem as leis e as políticas a serem adotadas. As atividades exclusivas são as que envolvem o poder do Estado, como polícia, exército, tributação e arrecadação, regulação econômica e seguridade social. As não exclusivas, aquelas que o Estado provê, porém, também são, ou

podem ser, oferecidas pelo setor privado, como saúde, educação, pesquisa, infraestrutura entre outras. Por fim, são as empresas públicas que fornecem bens e serviços ao mercado.

No caso dos serviços não exclusivos, existe uma ampla possibilidade de atuação, fornecendo diretamente os serviços públicos, ou indiretamente por empresas ou autarquias, contratação de serviços privados, subsídios, controle sobre o mercado etc. Conforme a externalidade gerada, o impacto social e/ou as características do mercado, cada sociedade elege o modo de fornecimento ou não destes serviços (BRESSER-PEREIRA, 2006 A).

Paralelamente, as transformações sociais fizeram com que cada vez mais os serviços prestados pelo estado fossem mais individualizados, seja em relação aos meios com que estes foram ofertados, seja em relação a suas finalidades, rompendo com a uniformidade do “mesmo para todos” do modelo burocrático. Diferentes ações foram adotadas no mundo, mas que podem ser divididas em três grupos: i) a criação de um número maior de meios de se ofertar o serviço, possibilitando que o usuário escolhesse aquele que achasse mais adequado; ii) as parceria com instituições locais ou regionais, como associações comunitárias, para o fornecimento dos serviços, de modo a aumentar a proximidade com o usuário final; e iii) a cobrança pelos serviços oferecidos que não estivessem dentro de um conjunto padrão de ações, passando parte do custo da individualização para o usuário (TROSA, 2001)

No processo de reformas, optaram-se, na maioria das vezes por delegar a execução das atividades fins dos serviços não exclusivos a outras entidades, públicos ou privados, através da contratualização de resultados e da formação de parcerias. Coube ao poder público financiar e monitorar estas atividades e ao prestador executar as ações necessárias para atingir os objetivos acordados. Foi possível dar maior autonomia ao gestor, com flexibilidade na aplicação dos recursos e liberdade para alcançar os resultados pretendidos, além de possibilitar maior controle do gasto por parte do poder público (LUEDY; MENDES; RIBEIRO JUNIOR, 2012).

Como os serviços de saúde são atividades não exclusivas, estes podem ser ofertados diretamente pelo poder público, por entidades privadas no mercado, ou de forma mista através de subsídio ou financiamento público a entidades privadas, sejam através de empresas (*vouchers*) ou de organizações públicas não-estatais.

No caso das organizações públicas não-estatais, estas podem ser vinculadas através de parcerias ou de contratualização com a celebração de contrato no qual são firmandas as obrigações e direitos de ambas as partes. O documento é o principal na fase de avaliação e controle da atividade, tanto pelo poder público ou quanto pela sociedade (BRESSER-PEREIRA, 2006 A).

Pela possibilidade de delegação do serviço, o caminho escolhido em muitos países foi a transferência de parte das atividades fins da área da saúde para outros provedores através da contratualização, fato reforçado por em alguns países uma vez que parte significativa dos serviços de saúde serem realizados por organizações não estatais, como a Cruz Vermelha, a Igreja ou organizações locais de caridade.

No entanto, como apontado por Majone (1999), a delegação do poder de decisão na gestão só é democraticamente justificável quando esta envolve questões de eficiência, que dependam de conhecimentos específicos e busquem soluções de problemas técnicos e operacionais, nas quais a responsabilização política direta não se faz necessária. Como nas democracias o tempo disponível para o político executar uma ação é aquele que obteve através da vitória nas eleições, dificilmente se consegue a continuidade de políticas e projetos no longo prazo devido a alternância de poder. Com a dificuldade de dar continuidade às ações, surge a necessidade, em alguns casos, da delegação de poder para que determinada ação possa se institucionalizar, seja através da criação de agências independentes ou de contratualizações de médio e longo prazo (MAJONE, 1999). Com a institucionalização das ações em instituições jurídicas criadas com competência e capacidade para tal, não se pode atribuir total isenção de risco na continuidade das ações, se comparadas àquelas implementadas pela administração direta.

Uma das consequências da delegação de poder é a segregação que haverá entre duas relevantes funções administrativas: o planejamento e a execução. Se inicialmente o gestor apenas cumpria regras, no novo modelo ele tem um nível maior de autonomia e de responsabilidade. Não se trata mais de obedecer ao que foi planejado, mas de decidir quais os melhores meios para atingir os objetivos eleitos pelos altos escalões e prestar contas de suas escolhas (KETTL, 2006). Ocorre, em consequência, também a separação entre financiador e gestor, na qual o primeiro libera os recursos conforme acordado com o gestor, que tem liberalidade para geri-los da forma que achar mais adequada para atingir as metas acordadas. Porém,

esta separação pode fazer com que aquele que planeja não tenha o conhecimento suficiente da realidade do dia a dia e dos problemas da execução destas atividades; assim como, aquele que executa não compreende na totalidade o que foi planejado, e não sabe a razão das atividades que deve realizar. Nesta condição pode gerar distanciamento entre ambos os grupos e dificultar o aprendizado institucional e o atingimento dos objetivos (ABRUCIO, 2006).

Esta forma de prestação indireta dos serviços não gera apenas uma mudança na responsabilização do Estado pelas ações, mas também nas formas de controle destes, realizadas por novas regras através de contratos, acordos e regulamentos, e da gestão, com maior foco na regulação de terceiros para o fornecimento de bens e serviços do que aquele com foco na produção destes (MAJONE, 1999).

Como exposto por Przeworski (2006), esta autonomia dada ao gestor pode ser controlada de três modos: i) a judicialização, na qual as ações tomadas podem ser posteriormente contestadas em tribunais com base em um conjunto básico de leis, fazendo com que o gestor seja responsabilizado pelos seus atos; ii) o detalhamento normativo, que faz as leis expressem de forma pormenorizadas as possibilidades e limites das ações que podem ser executadas; e iii) a contratualização entre o governo e o gestor, explicitando as condições e as regras que devem ser seguidas.

No caso da judicialização, apesar da maior liberdade, o julgamento das ações ocorre caso a caso, o que gera entraves a um processo de avaliação e comparação mais ágil, por isso mais aplicável para áreas como meio ambiente, na qual a quantidade de casos é menor. No segundo caso, a dificuldade é a criação de leis que abarcariam todas os possíveis cenários, acontecimentos e desdobramentos, o que em países com legislativos fragmentados, a constante mudança nas leis gera um sentimento de insegurança quanto as possibilidades de ação. A última apresenta a possibilidade de ser firmada caso a caso, atendendo a legislação, porém, apresenta como dificuldade a confecção do próprio contrato entre as partes. Por ser ele a base para as ações do gestor e a fiscalização do governo, um contrato mal elaborado ou que não contemple todos os pontos necessários, pode levar a desvios do que seria inicialmente esperado.

Dos três modos de controle apresentados por Przeworski (2006), a contratualização apresenta-se como o mais adequado para a área da saúde. A judicialização[1] levaria necessariamente ao julgamento caso a caso, que devido aos inúmeros fatores que impactam a área da saúde, tornaria este um método custoso e demorado para realizar o controle sobre o gestor. A criação de legislação detalhada também apresenta o mesmo empecilho, pois não seria possível abarcar todos os casos tipificados nas leis, o que restringiria algumas ações necessárias e/ou deixaria brechas na legislação. Através do contrato, torna-se possível criar padrões individualizados para avaliar e monitorar cada gestor, adequando as regras, os indicadores e as expectativas aos contextos em que as ações são executadas.

Deste modo, a contratualização surgiu como um recurso para buscar o aumento da eficiência dos serviços de saúde, como um importante instrumento para melhorar seu desempenho (VALENTE, 2010). No entanto, apresentam-se alguns desafios, como as escolhas de itens e áreas estratégicas que possam representar melhoras globais, não apenas em questões pontuais; a criação de mecanismos para medir os resultados gerados pelo processo; e a escolha de indicadores que possam servir para avaliar a contratualização (VALENTE, 2010).

Através do contrato também é possível induzir os gestores a atenderem as necessidades da população e a prestarem os serviços apropriados, pelos mecanismos de financiamento. Com o estabelecimento do condicionamento entre os resultados e a liberação dos recursos, seja para a execução das atividades ou continuidade destas, o poder público consegue gerir o contratado de forma a não desviar dos objetivos firmados (VALENTE, 2010).

Como consequência das reformas, o Estado passou cada vez mais a atuar em rede, gerenciando parceiros, comprando bens e serviços e coordenando ações realizadas de forma indireta e descentralizada através de diferentes instituições, por vezes concorrentes entre si. Transformando o governo de um prestador em um administrador ou fiscalizador de serviços (TROSA, 2001), chamado Estado Gerencial ou Estado Regulador (MAJONE, 1999). Nesta nova concepção, a regulação, o monitoramento e a avaliação tornam-se as principais atividades do poder público (LUEDY; MENDES; RIBEIRO JUNIOR, 2012).

1 A judicialização neste caso refere-se ao modo de controle dos gestores feito através de tribunais. Diferenciando-se da judicialização da saúde quanto movimento de demanda da população no poder judiciário para o fornecimento pelo governo de bens e serviços médicos, tendo como base o direito a saúde.

Com as reformas e mudanças na forma da gestão no setor público, a avaliação das ações do Estado se faz cada vez mais necessária, pois é apenas através dela que é possível decidir sobre manter ou não uma política, dar clareza dos resultados alcançados, contrapondo diferentes pontos de vista e abordagens de análise, e fornecer as bases para escolhas futuras sobre os objetivos, metas e ações que serão executadas pelo poder público (TROSA, 2001).

No entanto, apesar das mudanças e dos avanços alcançados, a avaliação ainda se apresenta deficitária. Diferentes fatores são apontados na tentativa de justificação, como abordado por Trosa (2001). Muitos estudos demandam muito tempo e recursos para serem feitos, apresentando resultados após o processo de tomada de decisão, considerados de pouca utilidade; na visão de alguns gestores, não há a necessidade de uma avaliação constante de seus próprios atos, valendo-se de seus próprios conhecimentos, o que limita a possibilidade de análise de seus atos; a existência da crença de que os mecanismos de mercado e a percepção pública já seriam suficientes para demostrar o sucesso ou não de ação; a falta de entusiasmo de alguns setores da política e da burocracia em ter suas ações avaliadas e expostas; e a subjetividade dos pesquisadores em relação aos resultados alcançados. Todos estes fatores fazem com que a avaliação no setor público não tenha a evolução da mesma forma como nas demais áreas (TROSA, 2001).

2.2.1 O contrato de gestão

Como apresentado anteriormente, um dos caminhos percorridos pelas reformas gerenciais foi a contratualização de resultados, processo pelo qual o Estado delega a responsabilidade pela execução de determinadas tarefas e a busca de objetivos a outra organização a fim de alcançar maior flexibilidade na gestão dos recursos disponibilizados. Neste processo o instrumento utilizado para firmar o acordo entre o poder público e o gestor ou instituição responsável é o Contrato de Gestão.

Uma das principais diferenças da contratualização em relação ao modelo burocrático é a negociação. No contrato preconiza-se um diálogo entre contratante e contratado, de modo que ambos busquem entrar em acordo sobre o conteúdo do

contrato para a formação de uma relação com equidade e equilíbrio entre os deveres e as responsabilidades (TROSA, 2001). Caso não ocorresse a contratualização não seria diferente do modelo burocrático, no qual o escalão mais alto, ou o contratante, ditaria todas as regras, como em uma relação de compra, na qual o contratado forneceria um produto único, cabendo somente a decisão de comprar ou não este bem. Isso também significa que o contrato não é apena uma delegação ou uma terceirização, para que se transfira a execução de determinada tarefa para outros, de modo que a negociação entre as partes é o que diferencia o modelo contratual dos demais.

Este instrumento tem sido utilizado entre órgãos da administração direta e indireta, de diferentes níveis de governo, para atrelar à concessão da autonomia de gestão aos responsáveis pelos serviços à obtenção dos resultados pretendidos (LUEDY; MENDES; RIBEIRO JÚNIOR, 2012). Como apontado por Valente (2010), este instrumento possibilita o aumento da qualidade, por especificar as metas e os tipos de ações e resultados esperados, assim como a partilha do risco e o papel do financiador e do gestor. Porém, é necessário que haja um sistema de informação, comunicação entre as partes, reconhecimento de responsabilidades e confiança entre os envolvidos, fatores nem sempre presentes e que limitam a potencialidade do contrato (VALENTE, 2010), devido não ser necessária apenas uma mudança de normas, mas também de mentalidade entre os envolvidos.

Deste modo, a contratualização pode ser definida tanto como uma filosofia ou como uma ação, referente tanto ao papel do Estado ou quanto ao modo de desempenhá-lo (TROSA, 2001). Filosofia por propor outro modo de buscar os objetivos (delegação) com uma nova mentalidade quanto ao papel do Estado, e ação por implementar outras ferramentas para execução de suas atividades (contratos), ao reconhecer que o Estado não tem capacidade para realizar tudo por si mesmo e que necessita de novas formas de produção, negociação, parceria, ajuste e soberania para exercer suas funções.

Estes contratos então são instrumentos jurídicos, formulados com base em um acordo firmado entre ambas as partes, com metas, regras de relacionamento, acompanhamento, controle e avaliação, que busca alcançar determinados objetivos em um período identificado, dando maior transparência e clareza ao objeto do acordo entre as partes (CATELLI, 2001).

Trosa (2001), abordando os tipos de contrato, classificou-os em três modelos básicos:

- Normativo: o contrato é uma peça jurídica, detalhando de maneira pormenorizada os direitos e deveres de ambas as partes, firmando um compromisso que pode ser levado ao judiciário caso haja o descumprimento de algumas de suas cláusulas.
- Experimental: o contrato é firmado com o gestor ou a instituição, dando autonomia para estes e expondo as contrapartidas, não sendo necessário que todos os pontos do contrato sejam cumpridos, dependendo do nível de autonomia aplicado.
- Por resultado: o contrato apresenta os resultados que devem ser obtidos pelo gestor e os recursos que serão fornecidos, dando autonomia de como aplicar estes recursos para atingir os objetivos previstos, de modo que o seja contrato mantido de acordo com a produtividade alcançada.

Contudo, alguns elementos básicos devem estar presentes em qualquer contrato: o objetivo, os envolvidos no contrato, o modo de relação entre as partes, os direitos e deveres de ambas as partes, o tipo de contrato, a duração, as regras de financiamento, monitoramento e avaliação, a característica dos serviços envolvidos, as penalidades, os incentivos, a partilha do risco, o método de resolução de conflitos e de revisão dos termos (VALENTE, 2010).

Em relação às variáveis contidas nos contratos, podemos apontar as metas e resultados esperados, o tipo e volume de serviços, o tempo relacionado à prestação do serviço, preços e custos envolvidos, nível e indicadores de qualidade, características dos recursos humanos e das instalações, tipos de penalizações e prémios, recursos disponibilizados, procedimentos de monitoramento e auditoria e método de prestação de contas, (VALENTE, 2010)

Este instrumento tem a potencialidade de fortalecer os meios de controle e de prestação de contas do uso dos recursos, por apresentar as metas e os indicadores que serão monitorados, facilitando que a população e os órgãos de controle entendam melhor os objetivos buscados; e expor as responsabilidades de cada um dos envolvidos na ação, permitindo a avaliação individual de cada uma das partes; Porém, também apresenta os riscos de o instrumento se tornar um fim em si

mesmo, pouco alterando a realidade da gestão ou dando autonomia sem as exigências de responsabilidade; ou da descrição incompleta ou incorreta das metas, responsabilidades e meios de financiamento, gestão e mensuração de resultados, o que pode desviar o gestor dos objetivos inicialmente pretendidos (LUEDY; MENDES; RIBEIRO JÚNIOR, 2012).

Outros fatores que podem impactar negativamente na implementação do contrato, segundo Catelli (2001), são: frequentes alterações políticas com mudanças no planejamento de médio e longo prazo; descontinuidade da gestão e perda do compromisso político; dificuldade de determinar preços e custos dos serviços prestados; ênfase excessiva na autonomia; objetivos ambiciosos e irreais; número excessivo de indicadores; e avaliação de fatores não controláveis pelo gestor.

Como aponta Abrucio (2006), uma das dificuldades presentes no contrato é a relação com o financiador, ou responsáveis pelo orçamento, que, ao buscar a contenção dos gastos e a melhoria da situação financeira com base na lógica fiscal, não permite uma efetiva gestão por resultados, através da limitação das ações do gestor através do contingenciamento de verbas. Por isso, a colaboração entre o financiador e o responsável pelo serviço é algo essencial no sucesso da contratualização, que deverá manter o poder público no controle do processo, de modo que os interesses sociais e os objetivos políticos sejam assegurados. Ou seja, o poder público não pode abrir mão da responsabilidade da gestão da política pública objeto do contrato.

Como exposto por Valente (2010), existem três meios para que o financiador possa definir o grau de eficiência dos serviços prestados: I) atrelar um valor global do repasse a uma quantidade mínima de ações a serem realizadas com determinado nível de qualidade; II) o pagamento por procedimento com base em um valor unitário pré-estabelecido; e III) descrição de objetivos em relação a qualidade e eficiência para a liberação de recursos.

Apesar de o pagamento por procedimento ter sido o método mais utilizado nos processos de contratualização em saúde, nas últimas décadas os contratos têm evoluído para modelos de pagamentos mais agregados com base em prospecções, para que a instituição adeque suas atividades a um valor global pré-definido de recursos (VALENTE, 2010). Com isso, há o incentivo para que toda a instituição busque ser eficiente, não apenas a parte de tratamentos. No entanto, este modelo

também pode gerar o incentivo à prestação apenas dos cuidados de menores custos e de baixo risco, o que aumenta a necessidade de fiscalização da prestação dos serviços.

Como exposto por Kettl (2006) e Trosa (2001), um dos pontos importantes no contrato é a explicitação objetiva do que deve ser medido, os bens e serviços produzidos (*outputs*) ou os impactos e resultados alcançados (*outcome*). A resposta óbvia seria dizer que os resultados ou os impactos gerados na população são mais importantes, e por isso devem ser a medida para avaliar a gestão. Porém, isso nem sempre é fácil de ser medido, pois além do tempo, há fatores externos que também interferem nos resultados, em especial na área da saúde.

Na maioria das vezes não é possível quantificar tudo que interfere direta ou indiretamente naquilo que se está medindo, ou, para que a ação surta efeito seja necessário um longo período, impossibilitando avaliá-la no curto prazo. As áreas como habitação, infraestrutura ou regulação, para as quais o impacto gerado é mais facilmente medido, são possíveis de serem avaliadas com base em impactos gerados, porém a segurança, saúde e educação, que tem cenário distinto é demasiadamente complexo para que seja possível controlá-lo totalmente, o monitoramento dos impactos não é o adequado para avaliar a atuação do gestor.

Nestes casos a avaliação por bem ou serviço prestado, além de mais fácil, reflete melhor aquilo que é executado e efetivamente depende das decisões dos gestores, podendo estas informações serem complementadas com indicadores financeiros relacionados ao que foi produzido e características da própria instituição, como apontado por Gomes:

> Cabe destacar que o melhor modelo de contratação de serviços de saúde, não o ótimo, será aquele que responda aos principais objetivos e metas da Secretaria e de cada um dos hospitais em particular, dada sua localização geográfica que aponta diferentes necessidades loco/regionais. (GOMES, 2005, p. 12).

Assim, a definição de metas, objetivos e alteração de cenários na área de saúde deve considerar as condições pré-estabelecidas como característica da população que vai demandar e efetivamente utilizar os serviços de saúde contratualizados.

Quadro 1 – Componentes do contrato de gestão.

Componentes	Definições
Propósito	• Síntese de compromissos, obrigações e deveres contratados; • Identificação dos responsáveis, credenciados ou representantes das entidades envolvidas; • Evidenciação dos interesses (institucionais, políticos, sociais, econômicos) do Estado; • Especificação das atividades que serão geridas.

Diretrizes operacionais	• Especificação de diretrizes, propósitos, posturas administrativas, em termos de:
	  • Relacionamento;
	  • Planejamento;
	  • Eficiência e produtividade;
	  • Administração geral;

Resultados desejados e prazos (metas)	• Resultados financeiros / período; • Aspectos da mensuração; • Resultados não financeiros / período; • Imagem; • Formação e treinamento funcional; • Padrões de qualidade;
Estrutura organizacional	• Definição das relações hierárquicas entre entidades, administradores e seus colaboradores (organograma); • Definição de responsabilidades, remuneração, etc.;
Sistema de Articulação	• Especificação dos recursos (tecnológicos, financeiros, institucionais, etc.) necessários para a consecução dos objetivos, bem como dos responsáveis pelo seu fornecimento.
Sistema de avaliação	• Forma de acompanhamento e julgamento dos resultados do administrador e da entidade; • Desenvolvimento de sistemas de apuração de custos e de resultados, sistemas de informações gerenciais, orçamentos; • Modelo de avaliação de desempenho; • Indicadores de desempenho; • Periodicidade de avaliação;
Sistema de consequências	• Definição das recompensas e punições s serem aplicadas conforme a avaliação de desempenho;
Orçamento	• Expressão física e econômica dos planos aprovados; • Mensuração dos resultados desejados; • Base para a avaliação de desempenhos; • Metas e respectivos prazos;
Fatores críticos e de sucesso	• Destaque dos principais problemas e pontos-chaves para o sucesso do empreendimento;

Fonte: Catelli (2001), p. 520-521.

As causas que impactam na saúde de um indivíduo são diversas tais como seu estilo de vida (fatores pessoais, econômicos, sociais e culturais); sua fisiologia (propensão a determinadas doenças, histórico familiar), ambiente em que vive

(acesso a serviços sanitários, clima, produtos disponíveis para consumo), e o sistema de saúde existente (possibilidade de acesso aos serviços e cuidados curativos e reabilitativos) (COELHO, 2010; ROCHA, 2011). A complexidade do conjunto de fatores que impactam os indicadores de saúde, muitos dos quais fora do controle do gestor, tornam impossível avaliar suas ações com base nos impactos causados no cenário analisado, como apontado por Kettl (2006). Neste caso os indicadores de produtividade apresentam-se como mais adequados como medida para a avaliação de desempenho, somando-se a indicadores financeiros, expondo os custos conjuntamente com a quantidade e a qualidade dos serviços prestados. Na medida em que os impactos gerados devem ser relacionados às políticas públicas implementadas pelo governo de modo geral, muitas delas estão fora do alcance dos gestores avaliados.

O contrato busca dar ao gestor responsável pela execução das atividades maior autonomia, possibilitando a ele escolher o que fazer, com quais meios e como fazer, para se buscar os objetivos firmados (TROSA, 2001). Isso não quer dizer que ele está livre para fazer o que quiser, mas que tem liberdade para proceder da maneira que achar mais adequada, como responsável pelos resultados obtidos e pela prestação de contas de seus atos.

O contrato, no entanto, não deve substituir a norma, enquanto a lei deve abordar os casos gerais de maneira uniforme, tratando de assuntos de pouca diversidade, o contrato deve focar nos casos específicos da relação entre ambas as partes (TROSA, 2001). Uma das consequências deste processo é a ampliação do papel dos tribunais, pois com a ampliação das relações contratuais, não é mais possível resolver os conflitos entre as partes apenas através de canais hierárquicos, fazendo com que a disputa seja externalizada para o judiciário. (MAJONE, 1999)

Todavia, não há por que considerar *a priori* que não exista a *accountability*, devido ao contratado prestar contas ao contratante. Pois, o contrato, incluindo as condições da prestação dos serviços, a forma de prestação de contas, as obrigações em relação a proteção dos usuários, os custos envolvidos, e as penalidades previstas, a publicidade do contrato e dos resultados obtidos possibilitariam o acompanhamento por parte da população. A crítica de que esta publicidade nem sempre está presente não invalida o argumento, pois a mesma falta de transparência pode ocorrer na administração direta, já que se trata de um

problema mais ligado ao prestador do serviço do que ao modelo de gestão adotado (TROSA, 2001).

2.2.2 Avaliação de políticas públicas

Apesar de avaliação ser algo amplamente utilizado tanto no ambiente acadêmico como no cotidiano das organizações, o termo apresenta sentidos polissêmicos, dependendo do contexto, do objetivo e do autor que o executa. Uma das definições que podem ser apontadas é que a avaliação é “um dos tipos possíveis de julgamento que se faz sobre uma pratica social” (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Logo avaliar é uma forma, entre outras existentes, de atribuir um valor a determinado(s) objeto(s) (ação, programa, técnica, bem, etc.) sob análise.

Outra definição que é aponta pela literatura é a realização de um julgamento a respeito de algo, tendo como objetivo ajudar na tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS; et al, 1997). Assim entendida como a ação que precede a realização de uma escolha, sendo comum a própria ação humana em seus diferentes aspectos.

Apesar disso, foi apenas a partir da década de 1940 que surge o conceito de avaliação de políticas públicas, decorrente da ampliação do papel do Estado, em especial nas áreas relacionadas a assistência social, e a limitação dos recursos existentes, de modo que questões relacionadas a eficiência dos gastos públicos e a racionalização das escolhas feitas pelo Estado ganhassem maior relevância (CONTANDRIOPOULOS; et al, 1997).

Neste primeiro momento, as avaliações centravam-se em questões econômicas, como custo e eficiência. Porém nas décadas seguintes essas avaliações de mostraram insuficientes, devido a complexidade e a quantidade de fatores não econômicos que impactavam no resultado das políticas (CONTANDRIOPOULOS; et al, 1997). O que levou a progressiva incorporação de outras áreas de conhecimentos e novas técnicas e métodos para realizar avaliações, em seus diferentes aspectos.

Atualmente existe uma diversidade de teorias e abordagens dentro deste campo do saber, de modo que cada avaliação pode recorrer a diferentes matrizes (frameworks), de modo que permita o autor propor novas interpretações, alterar as já existentes ou acrescentar novos atributos a essas (SILVA, 2014).

Dentro das políticas públicas, as avaliações podem ser classificadas de acordo com o nível de análise e os atributos que estão sendo analisados.

Em relação aos níveis, a avaliação pode ser realizada tendo como foco as ações executadas, sendo o nível mais básico dentro das possibilidades de avaliação das políticas públicas; os serviços, ou a relação das ações realizadas com os diferentes agentes e recursos envolvidos; o estabelecimento ou instituição, com todas ou algumas atividades realizadas por esta; e o sistema, sendo o nível mais complexo, relacionando não apenas a interação entre as instituições, mas esta e seu meio (SILVA, 2014).

Já os atributos que podem ser analisados dentro das avaliações de políticas públicas podem ser (SILVA, 2014):

- Disponibilidade e distribuição social dos recursos;
- Efeito ou impacto das ações;
- Custo e produtividade das ações;
- Adequação das ações ao conhecimento existente;
- Adequação das ações aos objetivos e problemas;
- Implementação das ações e serviços;
- Relação existente entre os agentes envolvidos.

Essas análises podem ser Avaliações Normativas, que é a comparação da organização e utilização dos recursos e dos resultados obtidos com os critérios e normas pré-estabelecidos, sejam decorrentes de legislação, planejamento passado o da expectativa sua finalidade. Essa avaliação é comum a uma organização ou uma política implementada, pois relaciona-se diretamente com as questões de controle e monitoramento. Ou Pesquisas Avaliativas, que são julgamentos ex-post, utilizando métodos científicos, relacionados a fundamentos teóricos, os efeitos obtidos, e as relações existentes entre os recursos e os resultados, sendo geralmente utilizada com o objetivo de auxiliar tomada de decisões futuras (SILVA, 2014).

Logo há o consenso que não existe um método melhor ou pior, mas aquele mais ou menos adequado dado o objeto avaliado e a finalidade da avaliação, de modo que a escolha da matriz reflete a subjetividade do avaliador, dado sua posição

dentro da sociedade, seu campo do saber, sua formação, sua trajetória e seus objetivos (SILVA, 2014).

2.2.3 Hospitais

Institucionalmente os atuais hospitais tiveram origem entre os séculos IV e V d.C. na Europa, como locais criados pela Igreja Católica para hospedar e cuidar de pessoas que necessitavam de auxilio, não necessariamente doentes. Eram colhidos também órfãos, incapacitados, viajantes e outras pessoas que precisavam de ajuda. Com o tempo algumas dessas instituições passaram a focar os cuidados aos doentes, os "*nosocomia"*, porém focados mais em diminuir o sofrimento dos enfermos do que em oferecer cuidados médicos e curativos (COELHO, 2010).

A partir do século XVIII, com o fim da Idade Média, a estruturação dos estados-nações e o fortalecimento do poder político frente ao religioso, algumas destas instituições passaram a ser geridas pelo Estado, centrando-se no tratamento de doentes e na busca de meios de cura. Junto ao pensamento iluminista da época, a ação fez o hospital tornar-se também centro de estudo e de treinamento de novos médicos, unindo em uma só estrutura clínica e escola. A partir deste momento os processos curativos, o tratamento para as doenças e o estudo do paciente tornaram-se as principais funções dos hospitais (COELHO, 2010).

No século seguinte, com a descoberta dos micro-organismos e dos avanços científicos nas áreas biológicas, a Teoria Bacteriológica de Pasteur e Koch gerou uma revolução nas questões médicas. A doença até então considerada um desiquilíbrio de fluidos e humores do organismo, agora passa a ser entendida como um mal causado por agentes infecciosos no corpo humano. Com isso, inicia-se a utilização de laboratórios para os estudos de questões médicas, incorporando este à estrutura hospitalar (COELHO, 2010).

A partir deste ponto, a incorporação de novas tecnologias e métodos de diagnósticos e tratamentos cada vez mais complexos foi constante durante toda a evolução destas instituições, desde o século XVIII até os modernos hospitais existentes atualmente. Foi possível observar que nestas instituições os custos e os gastos em saúde tendem a aumentar de maneira mais rápida, conforme o uso da tecnologia se intensifica, em razão destas novas tecnologias buscarem principalmente métodos de tratamento e diagnósticos mais complexos e

sofisticados, e não o barateamento dos tratamentos já existentes (SILVA e VIANA, 2011).

Uma das implicações deste fato é que os custos referentes ao funcionamento dos hospitais são, em sua maioria, fixos, já que estão relacionados à manutenção dos equipamentos e funcionários, havendo assim, pouca flexibilidade na gestão dos recursos no curto prazo, fato que se amplia no setor público. Assim, através da contratualização busca-se uma partilha do risco da gestão destas instituições, com a garantia de demanda por parte do poder público e da introdução de técnicas de gestão mais avançadas pelo contratado (VALENTE, 2010).

Zucchi, Del Nero e Malik (2000), abordando os fatores que causam a elevação de gastos na área da saúde, indicam três estruturas básicas de custos: medicamentos, honorários, gastos em hospitalização e tratamento, dos quais os últimos são os que lideram o volume de despesas no setor. Apontam como motivos o uso crescente de exames e análises laboratoriais no tratamento e diagnóstico de doenças e a incorporação progressiva de novas tecnologias de elevado custo, que fazem com que as ações de atenção básica sejam diminuídas proporcionalmente em relação aos procedimentos mais avançados. Esta condição gera a tendência dos médicos em utilizar todos os recursos disponíveis, mesmo que em alguns casos não seja necessário, e a demanda pelos pacientes dos métodos mais modernos, fato que se amplia nos serviços públicos gratuitos, dado que o paciente não tem de arcar diretamente com os custos destes procedimentos.

Decorrente desta elevação dos custos, os cuidados de saúde, especialmente os hospitalares, ficaram cada vez menos acessíveis à população, especialmente a mais carente (COELHO, 2010). O poder público foi exigido então a atuar cada vez mais no setor, seja pela regulação, visando evitar abusos, seja na prestação dos serviços à população, através da contratação ou subsídio ao setor privado, ou diretamente através dos sistemas públicos de saúde, de modo a permitir que a população tenha acesso aos cuidados médicos.

Também decorrente do aumento dos custos, há a tendência em diversos países, principalmente na Europa, da diminuição na quantidade de hospitais, em especial de pequeno porte, através de fusões entre unidades. Estas fusões visam aumentar os ganhos de escala com a atuação em rede com os demais serviços de

saúde, aumentando também a necessidade de coordenação pelo poder público dos sistemas de saúde (MENDES, 2011).

Este processo tem ocorrido especialmente nos hospitais de alta complexidade, caracterizado pela prestação de serviços intensivos em tecnologia e com mão de obra especializada, com custos unitários maiores em relação aos serviços prestados, e atendendo principalmente uma demanda referenciada pelos demais níveis de complexidade (porta fechada).

No Brasil a gestão dos hospitais de alta complexidade está a cargo principalmente dos estados, e sua distribuição pelo território é realizada de acordo com as divisões das Redes Regionais de Atenção à Saúde, de modo a atender o perfil epidemiológico de cada RRAS's (MENDES, 2011)

2.2.2.1 Gestão hospitalar

A gestão de unidades hospitalares é uma das tarefas mais complexas de se realizar em relação ao gerenciamento de pessoas e recursos, devido não somente à variedade de ações na instituição, mas, também, ao caráter multidisciplinar e ao elevado grau de autonomia dos funcionários em suas atividades, caracterizado-se como uma burocracia profissional altamente qualificada e com capacidade de concentrar poder de decisão dentro da organização em relação aos demais grupos profissionais (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2012; SOUZA; et al, 2016).

Outro ponto que torna complexa a gestão destas instituições é o ambiente externo, em constante mudança e de difícil previsibilidade. Fatores sociais, políticos, ambientais, climáticos e econômicos, impactam e alteram não apenas a quantidade, mas também o perfil dos que demandam cuidados hospitalares, de modo que os hospitais devam ter uma rápida capacidade de resposta a estas mudanças (COUTO; PEDROSO, 2003).

No entanto, não se deve entender que seja impossível realizar um planejamento ou uma gestão hospitalar eficiente de médio e longo prazo, mas que devam ser realizados através da análise de múltiplos cenários, aumentando a flexibilidade da organização e criando condições de minimizar os impactos gerados por estas mudanças, mantendo a capacidade de atender aos novos perfis de usuários (COUTO; PEDROSO, 2003).

Quanto às atividades, podem ser descritas de maneira simplificada, como a assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador, através de pessoal qualificado e uso de tecnologias de ponta. O negócio central do hospital é a vida das pessoas às quais recebem os cuidados, de modo que as decisões tomadas tenham, além da visão gerencial, um forte componente ético (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2012).

De todo modo, a gestão de hospitais adquire caráter especial em comparação às demais instituições que pode ser indicada como: i) decorrente da variedade de serviços prestados, com atividades, recursos e procedimentos próprios; ii) o resultado não é de fácil mensuração, tendo em vista a variedade de objetivos; e iii) a gestão dos recursos está envolta em amplas questões éticas e morais.

Historicamente estas instituições foram administradas por pessoas que estavam ligadas diretamente com as atividades operacionais do hospital, como religiosos, médicos e enfermeiros, não havendo, como nas empresas modernas, uma classe de profissionais destinada exclusivamente ao gerenciamento dos recursos, não estando ligadas à área operacional (SEIXAS; MELO, 2004).

Apesar de desde a década de 1980 este cenário estar se alterando, especialmente nos países desenvolvidos, com a introdução de profissionais preparados especificamente para assumir a função de gestão em instituições de saúde e a criação de cursos destinados a este propósito, a presença de profissionais ligados à área operacional, sem preparo formal na área de gestão, ainda é grande nos hospitais (COUTO; PEDROSO, 2003; SEIXAS; MELO, 2004).

Um fato que reforça essa tendência é a dificuldade de avaliar a qualidade das ações praticadas até que estas estejam concluídas. Via de regra, as atividades são avaliadas após terem surtido seus efeitos, seja o resultado de uma cirurgia, um medicamento ministrado, ou a recuperação do paciente submetido a um tratamento. O que reforça o poder de médicos e enfermeiros na instituição.

Por essa dificuldade, a gestão e a introdução de programas de qualidade não se faz diretamente sobre as atividades médicas ou os tratamentos, mas focam-se nas atividades meio e de apoio, como administrativo, serviços logísticos, limpeza, entre outras áreas que dão apoio aos setores operacionais. São como “amortecedores”, visando diminuir o desperdício de tempo e de recursos e dão apoio

para que médicos e enfermeiros possam concentrar-se nas suas funções especificas (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2012).

Os programas de qualidade mais adequados para serem implementados em hospitais são aqueles com foco nos processos (COUTO; PEDROSO, 2003). A avaliação realizada em cada etapa da prestação do atendimento, e não apenas ao final do tratamento, de modo que seja possível analisar como cada setor ou departamento do hospital está colaborando para os objetivos da instituição. Pode-se, por análise por processos, identificar os gargalos e potencialidade de cada setor separadamente (COUTO; PEDROSO, 2003).

Apesar das atividades centrais dos hospitais serem aquelas relacionadas ao atendimento médico, deve-se ter especial atenção com as atividades de apoio, que mesmo não estando ligadas diretamente a atuação médica ou aos cuidados de enfermagem, apresentam grande impacto nos resultados, como os serviços de cozinha, limpeza e manutenção, como apontado por Seixas e Melo:

> é frequente pensar que a administração se refere apenas ao pagamento de salários e honorários, lavagem de roupa, equipamentos e alimentos, contabilidade, entre outros. Essas atividades existem em qualquer instituição, tanto em restaurantes, como em hotéis e podem ser realizadas por qualquer administrador competente. No entanto, os serviços de atendimento médico agregam atividades relacionadas com o cuidado e a saúde do paciente, que são altamente complicadas e não é de fácil solução se não existem conhecimentos específicos. (SEIXAS; MELO, 2004, p. 18)

A atividade de copa nestas instituições, por exemplo, deve estar atenta ao tipo de cardápio que é disponibilizado aos pacientes, devendo não apenas ser acompanhado por uma nutricionista, mas também os próprios profissionais relacionados ao tratamento, tendo em vista que determinados tipos de alimentos, temperos ou quantidade de calorias podem impactar a recuperação do paciente, como por exemplo nos casos de diabéticos, hipertensos, pessoas com obesidade, ou no pós-operatório.

A limpeza destas instituições também adquire um caráter especial, dado que visam não apenas a organização e a ordem no estabelecimento, mas a constante higienização deste. Evitam a propagação de patógenos, com a diminuição do risco

de infecções e de transmissão de doenças entre os próprios pacientes. Por isso, esta é uma atividade desempenhada por pessoas com treinamento específico.

Apesar de ambas as funções citadas serem, com frequência, serviços terceirizados nos hospitais, não exime o gestor responsável pelo acompanhamento e monitoramento destas, além do constante treinamento e avaliação dos funcionários que desempenham estas funções, dado seu impacto no resultado final do tratamento dos pacientes (SPILLER; et al, 2015).

Devido à variedade de insumos utilizados nos hospitais e de suas características, a gestão do inventário apresenta um ponto crucial para o bom andamento das atividades do hospital. Data de validade, tipo de armazenamento, rotatividade, usuário final e perigo de contaminação são alguns exemplos que devem ser observados no tratamento dos estoques, tendo em vista não apenas o elevado custo que alguns destes materiais apresentam, como medicamentos, mas também o risco à saúde dos pacientes, com por exemplo, materiais cirúrgicos acondicionados de maneira irregular (OLIVEIRA; PACHECO, 1986).

Recomenda-se que nestas instituições adote-se o sistema FIFO (*first in first out*) no gerenciamento do inventário, que define que os materiais armazenados primeiro são os que serão primeiro usados. Isso diminui o tempo que cada insumo permanece do estoque, diminuindo a chance de danos ou vencimento do prazo de validade, assim como facilitar o controle da rotatividade e das necessidades dos materiais (OLIVEIRA; PACHECO, 1986).

A análise de custos para uma avaliação gerencial deve ser realizada tanto pela área de atuação do hospital (enfermaria, UTI, cirurgia), como por linha de tratamento (CID). Isso permite identificar quais etapas de cada tratamento consomem mais recursos e devem ter maior atenção, bem como quais as áreas do hospital que demandam maior aplicação do capital. Olhar apenas uma das faces desse processo impede uma visão global das ações realizadas na instituição. De modo que considerar os recursos utilizados pelo hospital como um todo não nos permite realizar uma avaliação do desempenho operacional de cada setor; assim como não fornece informação suficiente para que possa ser usada como base para uma tomada de decisão (COUTO; PEDROSO, 2003).

Analisar apenas os setores não nos indica quais tratamentos consomem mais recursos e aqueles de maior retorno para a organização. Por outro lado,

analisar apenas as linhas de tratamento ofertadas não torna possível enxergar as oportunidades de melhora e os gargalos existentes (OLIVEIRA; PACHECO, 1986). Devido a essa complexidade na determinação dos custos e da geração de valor pela instituição, questões relacionadas a construção, ampliação e reformas de hospitais apresentam aspectos problemáticos na sua elaboração (SOUZA; et al, 2016).

Outro ponto a ser considerado na gestão hospitalar são as relações formais e informais entre os diferentes setores e o fluxo de informação existente, não apenas horizontais, mas principalmente verticais. Na maioria dos casos o tratamento dos pacientes envolve diferentes áreas operacionais, como cirurgia, ambulatório, enfermaria e farmácia, por exemplo. Cada uma destas áreas tem dinâmica e objetivo próprio, assim como necessidade de informações específicas para suas atividades. Ao analisar as relações existentes apenas através do organograma formal, perde-se a visão das relações existentes entre estes diferentes setores e suas interligações, de modo que seja necessária a visão das atividades em forma de rede entre os diferentes departamentos, já que cada um retroalimenta os demais com as informações que este necessita (COUTO; PEDROSO, 2003).

Por isso, a coordenação e o controle feito pelo gestor devem ter o objetivo de buscar uma aproximação das ações dos diferentes departamentos, para que o fluxo de informações possa ocorrer mais facilmente, padronizando equipamentos, procedimentos de atividades similares, formulários e formas de registro e sistemas de avaliação de resultados (COUTO; PEDROSO, 2003).

Um dos meios mais utilizados pelos hospitais para analisar o seu nível de eficiência e qualidade é a acreditação / certificação externa (COUTO; PEDROSO, 2003). Neste processo, o hospital passa por uma auditoria de terceiros, com base em normas e procedimentos pré-estabelecidos que visam as melhores práticas reconhecidas pela instituição avaliadora. Essa inspeção busca averiguar se a unidade hospitalar atende os requisitos de qualidade exigidos para poder dizer que realiza suas atividades com eficiência (COUTO; PEDROSO, 2003). Existem diferentes organizações, nacionais e internacionais, públicas e privadas, que realizam este tipo de avaliação, cada uma com um foco especifico.

2.2.2.2 Acreditação Hospitalar

Com o aumento da concorrência entre as instituições fornecedoras de bens e serviços, a evolução das ferramentas de controle e avaliação nas empresas e as exigências crescentes dos consumidores em relação ao que adquirem, os gestores passaram a se preocupar cada vez mais com questões ligadas ao monitoramento e qualidade de seus processos e produtos, uma tendência que também abrangeu a área da saúde (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016; OLIVEIRA; et al, 2017).

Um dos efeitos deste processo foi a popularização entre instituições de saúde, em especial dos hospitais, da gestão de qualidade via avaliações externas, conhecida como acreditação (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016). Este modelo apesar de ter se originado nos Estados Unidos da América e no Canadá há mais de cinco décadas, foi a partir dos anos 90 que passou a ser reconhecido globalmente como meio de incrementar a qualidade dos cuidados prestados por estas instituições, além do aumento da competitividade destas (OLIVEIRA; et al, 2017).

Neste contexto, acreditação pode ser definida como a avaliação de programas, serviços ou instituições, realizada por uma organização externa reconhecida, de modo sistemático, periódico, de acordo com padrões, métodos e processos pré-determinados, na busca da padronização e melhorias dos processos produtivos e do atendimento ao usuário, sendo realizada de forma voluntária, podendo ou não gerar um certificado (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016; CALDANA; GABRIEL, 2017).

Destaca-se que a acreditação deva ser entendida como um programa de educação continuada para a instituição, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade, da mudança de seus padrões de produção e da relação com seus clientes/usuários, e não como uma forma de fiscalização pontual OLIVEIRA; MATSUDA, 2016; CALDANA; GABRIEL, 2017; OLIVEIRA; et al, 2017)

No Brasil, seguindo a tendência internacional, em 1999 surgiu a Organização Nacional de Acreditação (ONA), principal órgão mantenedor da Acreditação brasileira, que desenvolveu o Manual Brasileiro de Acreditação, que descreve 3 níveis de acreditação (Acreditado; Acreditado Pleno; Acreditado com Excelência) (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016; OLIVEIRA; et al, 2017). Atualmente, além da ONA, existe uma vasta gama de entidades internacionais que acreditam alguns hospitais no país, como a Joint Commission International (JCI), Canadian

Council on Health Services Accreditation, National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO); Normas ISO 9.001, 14.000, 31.000 e OHSAS 18.001; além do Prêmio Nacional da Qualidade (SCHIESARI, 2014)

No entanto, apesar do avanço da implementação de ferramentas de qualidade nas instituições de saúde nas últimas décadas e do aumento da quantidade de hospitais acreditados no Brasil, estes representam apenas cerca de 5% do total de instituições hospitalares nacionais (CALDANA; GABRIEL, 2017), sendo estas em sua grande maioria privadas (OLIVEIRA; et al, 2017).

Dentre os benefícios apontados pela adoção da acreditação na literatura, constam a maior segurança da assistência ao usuário, a padronização de técnicas, respaldo na cientificidade do cuidado, redução da taxa de mortalidade, promoção da cultura e uso sistemático de ferramentas da qualidade, fortalecimento da equipe multidisciplinar, atendimento centralizado no usuário, aumento da preocupação com a qualidade, entre outros (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016; OLIVEIRA; et al, 2017).

Outro ponto descrito por Schiesari (2014) é a mudança do papel dos prontuários dos pacientes dentro do hospital. Estes documentos deixam de ter um papel exclusivamente de registro, e passam a se tornar um instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados prestados, sendo utilizados como indicadores da qualidade assistencial e da segurança dos cuidados (SCHIESARI, 2014).

Porém existem fatores que dificultam a adoção da avaliação externa por algumas instituições de saúde, como os custos, sendo este um processo reconhecido internacionalmente como caro, não apenas pela contratação da organização, mas também pelas adequações necessárias para a acreditação (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016). E a dificuldade de mensuração dos resultados obtidos, em relação a retornos financeiros, dificultando uma avaliação de custo/benefício que justificasse a adoção da acreditação (SCHIESARI, 2014).

2.3 Eficiência na saúde

O Brasil apresenta extensa rede hospitalar, financiada em grande parte através de recursos do SUS (Sistema Único de Saúde), de modo que é extremamente relevante e necessária a mensuração do desempenho e da eficiência destes hospitais (PROITE; SOUSA, 2004).

Essa avaliação da eficiência das unidades hospitalares se faz ainda mais importante por envolver um grande volume de recursos para seu financiamento, tendo em vista que os recursos são escassos e a prestação destes serviços de saúde complexos (MARINHO, 2003; SILVA; MORETTI; SCHUSTER, 2016).

A eficiência é entendida como uma medida da relação entre os recursos empregados e os resultados obtidos (MAXIMIANO, 2008). Assim, quanto maior o grau de eficiência, pode-se considerar que melhores são aplicados os recursos, o que equivale a avaliar que estes estão gerando melhores resultados.

No setor público, a eficiência aborda os benefícios e os custos dos programas sociais, em que, dados os recursos limitados, aponta a possibilidade de aprimoramento em sua aplicação (MARINHO; FAÇANHA, 2001). Deste modo, a eficiência é um indicador de uso dos recursos como uma medida numérica de desempenho (MAXIMIANO, 2008). Através do indicador de eficiência busca-se encontrar os meios que consomem menor quantidade de recursos para atingir determinado objetivo ou quais os melhores resultados dado os recursos existentes, possibilitando minimizar os desperdícios, diminuir os custos e aumentar os efeitos da ação (MAXIMIANO, 2008).

A preocupação com a eficiência no uso dos recursos públicos é de vital importância na busca dos objetivos dos programas sociais empreendidos pelo Estado, principalmente pelo setor público que costuma utilizar de maneira não ótima estes recursos (COHEN; FRANCO, 2004). Deste modo a busca pelo aumento da eficiência deve ser vista como uma forma de encontrar melhores meios para garantir os direitos sociais, dados os recursos existentes e as demandas da população (MARINHO; FAÇANHA, 2001).

A eficiência é baseada numa racionalidade instrumental (relação entre insumos e produtos), que representa um cálculo utilitário de consequências da aplicação dos recursos num viés econômico, o que significa que não deve ser a única base para a análise de ações em saúde (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2012). Mesmo assim, é um indicador relevante para a análise de como os recursos são utilizados pelas organizações, de modo a buscar minimizar desperdícios e aumentar os resultados gerados por estas.

Na área da saúde, a eficiência está fortemente atrelada à qualidade na prestação dos serviços (SPILLER; et al, 2015). Como área na qual o foco é o

resultado da atividade desenvolvida, e não a produção em si, a eficiência na saúde diz respeito à obtenção dos melhores resultados (menor mortalidade, maior chance de cura, menor tempo de tratamento), dados os recursos disponíveis para o tratamento de determinado problema. Assim, a avaliação dos serviços e sistemas de saúde deve focar nos resultados obtidos e não propriamente na quantidade de procedimentos realizados, pois devido o objetivo ser a cura e a reabilitação, a análise da eficiência deve ser realizada considerando qual o resultado do tratamento no paciente, com indicadores que visem expor este impacto.

Essa análise da eficiência pode ter diferentes focos, segundo o objetivo que se busca, podendo ser: minimização dos custos, custo/benefício, custo/eficácia ou custo/utilidade. A minimização de custos busca analisar quais os processos que consomem menos recursos para obter um resultado similar, como diferentes tratamentos para uma mesma doença; o custo/benefício visa analisar quais as melhores opções para a alocação dos recursos, ou seja, quais ações trarão os melhores resultados dados os insumos existentes, como na análise de medidas preventivas; o custo/eficácia busca levantar quais as opções para o atingimento de determinado objetivo e com quais recursos, como análise focada no resultado esperado, similar ao combate a uma endemia; o custo/utilidade analisa a relação dos recursos utilizados e o bem estar gerado (qualidade de vida), técnica mais complexa de ser utilizada (HARTZ; POUVOURVILLE, 1998).

2.4 Brasil

Mesmo que a Constituição de 1988 represente avanços em relação aos direitos políticos e sociais, através de estruturas que busquem garantir os direitos e diminuir as desigualdades, muitos problemas históricos ainda permanecem sem solução. Devido ao patrimonialismo, o nepotismo, a implementação inacabada do modelo burocrático e uma grave crise fiscal na década de 1990, as reformas da administração pública no país tinham como objetivo abordar não apenas aos problemas do modelo burocrático, mas também o clientelismo, os privilégios de algumas categorias e os resquícios do corporativismo (BRESSER-PEREIRA, 2006 B).

Em 1995, o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) iniciou o processo de reformas do aparelho estatal brasileiro, tendo implementado mudanças na administração direta e nas empresas estatais, baseadas na *new public management*. Um dos objetivos destas reformas era transferir as atividades fins das áreas não exclusivas do Estado para parceiros e focar as ações do governo no planejamento e gerenciamento, através de uma quantidade reduzida de funcionários, com foco nas questões estratégicas (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014).

Outro ponto abordado durante a reforma foi o incentivo a publicização, a produção não-lucrativa pela sociedade dos bens e serviços não exclusivos do Estado, através de alianças entre o poder público e a população, visando maximizar os resultados das ações sociais (BRASIL, 1997). Para esta transferência foi introduzida uma nova caracterização, a de Organizações Sociais, descrita como "uma inovação institucional" (BRASIL, 1997), que representou uma mudança na gestão no setor público, como apontado nos Cadernos MARE:

> Na condição de entidades de direito privado, as Organizações Sociais tenderão a assimilar características de gestão cada vez mais próximas das praticadas no setor privado, o que deverá representar, entre outras vantagens: a contratação de pessoal nas condições de mercado; a adoção de normas próprias para compras e contratos; e ampla flexibilidade na execução do seu orçamento. (BRASIL, 1997, p. 14)

Esta transferência ocorreria segundo um cronograma definido, com etapas bem desenhadas e transferência rápida e ordenada destas atividades (BRASIL, 1997), conforme é apresentado na imagem a seguir:

Figura 1 – Diagrama do planejamento de publicização das atividades.

Fonte: Brasil, 2° Caderno Mare (1997), p .18.

No Brasil, desde a estruturação inicial do SUS em 1990 com a lei 8.080/90, já se previa a possibilidade de participação da iniciativa privada no sistema. Porém, oito anos depois, com a promulgação da lei 9.637/98, no processo de reformas, buscou-se ampliar sua participação na prestação dos serviços públicos através das Organizações Sociais (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014).

De acordo com Bresser-Pereira (2006 B), Organização Social é uma qualificação dada pelo poder público a entidades sem fins lucrativos, públicas não estatais, que podem realizar parcerias com o Estado, através da contratualização, para a gestão e prestação de serviços. Desta forma, através de um contrato, uma entidade privada passaria a administrar a prestação de determinado serviço público, buscando com isso dar maior autonomia e flexibilidade ao processo de gestão, cabendo ao Estado financiar, controlar, monitorar e avaliar a prestação dos serviços prestados segundo os critérios definidos previamente.

No Sistema Único de Saúde (SUS) a contratualização tem como objetivos redefinir os modelos de gestão dos serviços, alterar as formas de relacionamento do poder público, criar novos mecanismos de financiamento, monitoramento e avaliação, aumentar a transparência do uso dos recursos públicos, aumentar as

possibilidades de participação e controle social, e buscar maior comprometimento dos gestores (LUEDY; MENDES; RIBEIRO JÚNIOR, 2012).

Estes contratos obtiveram base constitucional através da Emenda Constitucional n° 19/98, que afirma, no Art. 37°, que: "A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade".

Nos anos seguintes, foi dada continuidade ao uso de contratos como forma de indução através da implementação de programas que buscavam incentivar a contratualização na área da saúde, especialmente na alta complexidade, através da liberação de recursos financeiros em troca da adoção de metas quantitativas e qualitativas, para aprimorar os processos de gestão. (LUEDY; MENDES; RIBEIRO JÚNIOR, 2012). São exemplos os Programas de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos (Portaria nº 1.721, de 21 de setembro de 2005) e de reestruturação dos hospitais de ensino no âmbito do sistema único de saúde (Portaria nº 1.702, de 17 de agosto de 2004[2]).

Assim, através da contratualização, o governo tem buscado meios de aumentar a eficiência do setor público pela introdução de novos métodos de gestão com foco na gestão por resultados. Não existe, contudo, um modelo de gestão e financiamento único no Sistema Único de Saúde que possa ser apontado como o melhor ou mais adequado, seja baseado no mercado ou na prestação direta (LUEDY; MENDES; RIBEIRO JÚNIOR, 2012). Por este motivo, é relevante a constante realização de estudos que permitam continuar o processo de monitoramento e avaliação das decisões tomadas, possibilitando continuar com a busca de melhorias do SUS.

2.4.1 Sistema Único de Saúde - SUS

A saúde é um direito social constitucionalmente reconhecido, havendo uma seção própria que trata do tema na Carta Magna (Capítulo II, Secção II - Da Saúde).

2 Revogada pela Portaria Nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Esta seção aborda não apenas o reconhecimento deste direito, mas também os meios que devem existir para garanti-lo. Define como responsabilidade de todos os níveis de governo a realização de ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Para isso, descreve a obrigatoriedade de um sistema nacional único, hierarquizado, regionalizado, descentralizado, democrático, participativo e universal, que vise atender às necessidades de saúde da população.

Em 1990 foram promulgadas as leis estruturantes do SUS, a lei n° 8.080/90 e n° 8.142/90, que aprofundaram a abordagem da Constituição Federal e definiram as atividades que seriam realizadas, a divisão de responsabilidades entre os membros da federação, bem como as fontes de receita para sua manutenção.

O sistema foi então, constituído como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados pela administração pública direta ou indireta dos três níveis de governo, organizações privadas conveniadas e instituições públicas de pesquisa e produção de bens e serviços de saúde. Tem como objetivos identificar e divulgar fatores que impactam na saúde da população, realizar direta ou indiretamente a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990 A).

Em relação aos serviços prestados, estes são agrupados de acordo com sua complexidade e papel no SUS, de modo a se inter-relacionarem em forma de rede para, maior resolutividade dos problemas. Os níveis são: Atenção Básica, média complexidade e alta complexidade.

A Atenção Básica à Saúde (ABS), ou primária, engloba ações tanto individuais como coletivas, de promoção e proteção da saúde, através de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e buscam resolver os problemas de saúde mais frequentes na população, tendo como base a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2009).

A Média Complexidade, ou secundário, abrange ações e serviços que atendem aos principais problemas de saúde e respectivos agravos, cujo tratamento necessite de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2009).

O nível da Alta Complexidade, ou terciário, envolve as atividades de tratamento e reabilitação que necessitam de alta tecnologia e com um alto custo unitário, com serviços qualificados como: procedimentos de diálise; oncológico; cirurgias, vascular, cardiovascular; laboratório de eletrofisiologia; assistência em

traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; assistência aos pacientes portadores de queimaduras, portadores de obesidade; distrofia muscular progressiva; fibrose cística; reprodução assistida, entre outros (BRASIL, 2009).

No sistema, cada nível de governo tem responsabilidades próprias, somando-se àqueles comuns a todos os entes. Compete igualmente a todos os governos gerenciar mecanismos de controle, avaliação e monitoramento da saúde; gerir os recursos próprios a serem aplicados na área; formular e implementar ações que busquem os objetivos do SUS; desenvolver ações de proteção ao meio ambiente; e promover a coordenação com o setor privado e os órgãos profissionais na área (Brasil, 1990a).

O governo federal é responsável pela formulação geral de políticas e ações, pela coordenação do sistema em nível nacional, definição dos métodos de controle de qualidade dos produtos e serviços de saúde, identificar os serviços de referência para estabelecer padrões nacionais, prestar assistência técnica e financeira para outros níveis de governo, regulamentar o setor privado e sua relação com o SUS e promover a descentralização. Os estados têm como funções promover a descentralização para o nível municipal, prestar apoio aos municípios, complementar as ações e políticas municipais de saúde, participar na formulação e implementação de ações de saneamento básico, gerenciar o nível da alta complexidade da saúde, coordenar a rede do SUS no estado, estabelecer padrões de qualidade, normas de controle e avaliação de produtos e serviços, monitorar, divulgar e avaliar indicadores de morbidade e mortalidade.

Aos municípios cabe a responsabilidade sobre a execução das ações e serviços de saúde pública, planejamento, organização e avaliação das ações e serviços prestados, executar os serviços de vigilância sanitária e epidemiológica, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador e, por fim, gerir os laboratórios e centros de sangue. (Brasil, 1990 A)

Como apontado na Constituição Federal no art°198, o SUS tem como principal fonte de receitas o Orçamento da Seguridade Social, que é complementado com outros recursos orçamentários e transferências legais, visando atingir o percentual mínimo de 15% da Receita Corrente Líquida dos municípios, 12 % para os estados e o Distrito Federal, e o valor empenhado no exercício anterior ajustado

de acordo com a variação do PIB para o governo federal (Brasil, 2012), sendo esta a formula de cálculo utilizada até 2016, quando em decorrência da aprovação da Emenda Constitucional Nº 95, alterou-se a formula do cálculo para a correção do montante do exercício anterior pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), como o mínimo de gastos que devem ser realizados na área da saúde (BRASIL, 2016).

A principal forma de distribuição destes recursos são os repasses automáticos fundo a fundo, com o governo federal destinando ao menos 70% dos recursos para os municípios. Esta modalidade de repasse tem como base o número de habitantes, o perfil epidemiológico e as características dos serviços prestado pelo município. O restante dos recursos é transferido aos Estados ou utilizados em ações nacionais (BRASIL, 1990a).

Em relação ao financiamento dos serviços prestados no SUS, na atenção básica os recursos são transferidos em dois blocos, uma parte fixa e uma variável, e na média e alta complexidade via pagamento por procedimentos realizados (PINHEIRO FILHO; SARTI, 2012).

Aponta-se que a iniciativa privada pode atuar de forma complementar ao sistema, através de contratos com o poder público, quando for considerado mais adequado pelo governo, respeitando as normas sobre esta parceria, porém proibe a locação dos recursos públicos a instituições que tenham fins lucrativos, possibilitando assim a participação apenas de organizações filantrópicas, fundações ou Organizações Sociais (Brasil, 1988).

2.4.2 Organizações Sociais

Como exposto por Bresser-Pereira (2006 B), as formas jurídicas de entidades no Brasil podem ser privadas, estatais e públicas não estatais. Em relação às primeiras são aquelas que auferem lucro em suas atividades, voltadas a interesses particulares. A estatal, pertencente ao Estado, é voltada à busca de objetivos que visem o bem público. E as públicas não estatais, que apesar de não propriedade do Estado, também buscam objetivos sociais. No terceiro grupo estão as organizações sociais: entidades públicas não estatais, sem fins lucrativos,

qualificadas pelo poder público, que estão habilitadas a realizar parcerias com o Estado através de contrato de gestão (BRESSER-PEREIRA, 2006 B).

No Brasil, o governo delega às organizações sociais a responsabilidade pela execução de parte de determinados serviços, entre eles os de saúde, mediante contratualização e após um processo público de escolha, mantendo assim o controle sobre os recursos públicos. Deste modo o contrato de gestão é o principal instrumento dentro da parceria que se é firmada entre o Estado e a Organização Social, na qual são expressos os direitos e os deveres de ambas as partes e os objetivos perseguidos. (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014)

A primeira lei a tratar especificamente do tema foi a lei n° 9.637/98, chamada de Lei das Organizações Sociais. Posteriormente, esta lei foi reproduzida nos estados e nos municípios, como base nos seus processos de contratualização, de modo que não há grandes diferenças entre os entes federados em relação a regulação do tema no nível federal (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014)

Na contratualização, o governo delega a gestão de determinada unidade de saúde, assim como seus recursos materiais, para que a organização social a administre, mediante um contrato de gestão. A partir deste ponto é a própria organização que determina a política interna, como serão realizadas as operações e a gestão dos recursos disponíveis na busca dos objetivos acordados. Porém, isso não deve ser visto como uma privatização, pois a propriedade da unidade e de seus recursos físicos permanece em poder do estado, que continua responsável pelo seu desempenho, mesmo após a delegação. Nem tão pouco como terceirização, tendo em vista que não se trata de uma simples contratação de serviços (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2017).

O processo se inicia com a publicação de um edital de convocação de organizações interessadas, no qual são expostas as características da unidade de saúde a ter seus serviços contratualizados. Com base nas informações contidas no edital, as organizações sociais interessadas enviam ao poder público suas propostas referentes à gestão da unidade. A organização que tiver a proposta escolhida apresentará um Plano Operacional, que será a base para a elaboração do contrato de gestão. Inicia-se então a negociação, com base no Plano Operacional, para decidir aquilo que estará presente no contrato como: tipo e quantidade de serviços,

os indicadores de monitoramento, a gestão dos recursos físicos e humanos, nível de qualidade, modo de atendimento ao usuário. (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014)

Aceitos os termos, ocorre a contratualização e a transferência da gestão da unidade para a gestão da organização social. A partir deste momento a organização tem a liberdade de utilizar os recursos da maneira que considerar mais adequada, nos limites legais, para atingir os resultados contidos no contrato, que é a referência básica para que ocorra a prestação de contas e a avaliação do desempenho pelo poder público (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014).

Para receber a qualificação como OS (Organização Social) e se responsabilizar pela gestão de hospital público é necessário que a instituição comprove atuação por pelo menos cinco anos na prestação de serviços de saúde. Apesar de ampla variedade de profissionais envolvidos, as principais categorias destas organizações são religiosas e de trabalhadores da área da saúde ou da educação, variando seu peso conforme a origem da OS. Os médicos têm destaque em todas elas, especialmente nos cargos de diretoria, através dos quais se busca dar legitimidade a atuação destas instituições (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014).

As características de cada OS são, na maioria das vezes, transmitidas para o hospital gerenciado, que a administra com um quadro de funcionário com uma constituição similar à da organização social. Isso permite que a organização social introduza sua cultura organizacional na unidade de saúde, aplicando técnicas, valores, estratégias e modos de atuação semelhantes (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014). Grande parte das unidades de saúde geridas por uma organização social encontram-se próximas geograficamente, o que cria um território sob sua gestão, o que permite que sua cultura seja vista como o padrão existente naquela área (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014).

Em relação às técnicas e ferramentas de gestão utilizadas, observa-se que estas são similares tanto as unidades de saúde da administração direta ou quanto as geridas por Organizações Sociais. O que as diferencia é o nível de utilização destas ferramentas, que são empregadas com maior frequência nas unidades delegadas a organizações sociais, na busca dos resultados contratualizados e como modo de legitimar a atuação da entidade na esfera pública (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014).

2.4.3 Estado de São Paulo

São Paulo é apontado por diferentes autores como o ente mais representativo no estudo sobre a gestão via organizações sociais na área da saúde. Foi um dos primeiros estados a criar uma lei específica sobre o assunto e implementar este modelo de gestão. É o estado com maior número de organizações qualificadas como OS. É o que apresenta maior quantidade de hospitais geridos por OS's, o maior acúmulo de experiência neste modelo de gestão e conta com uma coordenadoria própria na estrutura da secretaria de saúde dedicada exclusivamente à gerência dos contratos de gestão e à relação com as organizações sociais (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2017; BARBOSA; ELIAS, 2010; FERREIRA JUNIOR, 2003; IBAÑEZ; et al, 2001; JUNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011; SANO; ABRUCIO, 2008)

Os motivos, porém, que levaram São Paulo a ser o estado o ente que mais implementou este modelo têm suas origens décadas antes do processo de reforma do Estado implementados pelo governo federal. Ao longo das décadas de 1970 e 1980, o estado de São Paulo já testava novos modelos de gestão nos hospitais públicos, alguns implementados com sucesso na época, como a instituição de Fundações Privadas de Apoio à Administração de Hospitais Públicos e a transformação de alguns hospitais públicos da administração direta em fundações públicas (GOMES, 2005). Todavia, a ampliação deste modelo foi barrada na década de 1990 devido a mudanças jurídicas, como a promulgação da nova Constituição, à Lei n. 8.666 (Licitações), à Lei Camata (gastos com folha de pagamento), e à Lei Orgânica da Saúde de São Paulo (proibição de terceirizar a gerência de hospitais) (GOMES, 2005). Fazendo o estado buscar novas formas de gestão para estas unidades.

No início do governo de Franco Montoro, imbuído pelas ideias do movimento pela reforma sanitarista e a criação de um sistema público no Brasil, em 1983 promulgou-se o Decreto Estadual n° 21.862, que estabelecia o "Programa Metropolitano de Saúde – PMS" (FERREIRA JUNIOR, 2003). Este documento teve como base o "Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde para a Região Metropolitana de São Paulo", criado um ano antes e que visava reestruturar a rede de atenção básica à saúde na grande São Paulo. (IBAÑEZ; et al, 2001).

O PMS buscou incluir no processo de reestruturação todos os níveis de atendimento, não apenas a atenção básica, visando reformular a rede como um todo. Para isso, buscou-se recursos junto à Caixa Econômica Federal e ao Banco Mundial para financiar a reforma e a ampliação da rede de hospitais e unidades básicas de saúde, implementar novas formas de gestão e de assistência aos serviços de saúde e capacitar os recursos humanos existentes (FERREIRA JUNIOR, 2003; IBAÑEZ; et al, 2001; SANO; ABRUCIO, 2008).

No ano seguinte foi criada a Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde, na Secretaria de Estado da Saúde, com a função de implementar novos modelos de gestão nas unidades de saúde que faziam parte do PMS. Para os hospitais incluídos no PMS, sua gestão seria transferida, via convênio, para entidades privadas sem fins lucrativos, reconhecidas na época por já gerenciarem outros hospitais e possuírem reconhecido conhecimento na área da saúde (FERREIRA JUNIOR, 2003).

Até 1987 várias unidades de saúde começaram a ser construídas. Porém, a maior parte foi paralisada nos governos seguintes devido à priorização de outras atividades e à crise econômica que ocorreu no período, diminuindo os recursos disponíveis para investimento. Apenas em 1995, devido às fortes demandas dos movimentos ligados à saúde que tais obras foram retomadas (FERREIRA JUNIOR, 2003). Com a retomada da construção, especialmente dos hospitais, a questão da operacionalização destas unidades tornava-se um problema. Estimando a necessidade de cerca de 15 mil funcionários para os novos hospitais, a folha de pagamento estadual superaria os limites fixados por lei (Lei Camata) para este tipo de gasto, o que acabaria gerando punições para o governo. Com isso, reforçava-se a escolha feita na década passada por transferir a gestão destas unidades para entidades privadas sem fins lucrativos, tendo em vista que estas organizações não tinham seus gastos com funcionários limitados em decorrência da lei. (FERREIRA JUNIOR, 2003; IBAÑEZ; et al, 2001; SANO; ABRUCIO, 2008).

As propostas de transferência da gestão de algumas atividades a entidades qualificadas como organizações sociais, inicialmente, englobavam outras áreas da administração pública, seguindo as propostas do governo federal (SANO; ABRUCIO, 2008). Porém, a pressão para pôr em funcionamento os novos hospitais antes das eleições fizeram com que os esforços fossem direcionados quase que

exclusivamente para a saúde (IBAÑEZ; et al, 2001). Por isso, os hospitais estaduais inaugurados após este período já foram abertos com a intermediação de organizações sociais (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014). Inicialmente as OS's passaram a gerenciar 10 novos hospitais estaduais (2.200 novos leitos) (FERREIRA JUNIOR, 2003).

O fato que facilitou esta transferência foi a existência de instituições com capacidade de assumir a gestão destes novos hospitais, que podiam ser qualificadas como OS e tinham experiência na gestão deste tipo de serviço, como as Santas Casas de Misericórdia e os hospitais beneficentes, que já prestavam serviços aos SUS (BARATA; MENDES, 2006)

Em 1998, o estado de São Paulo promulgou a Lei Complementar nº 846/98, dispondo sobre a qualificação, a contratualização e a fiscalização das organizações sociais contratualizadas em atividades na cultura e na saúde. A lei apontou que estas organizações seriam submetidas ao controle externo da Assembleia Legislativa, com o auxílio do Tribunal de Contas do Estado, e o controle interno do Poder Executivo, no caso a Secretaria do Estado da Saúde (SES). No mesmo ano foi assinado o primeiro contrato de gestão, que vigorou até o final de 2000, elaborado com base na LC. 846/98, que definiu as metas a serem alcançadas e o modo de financiamento (GOMES, 2005).

Para a área da saúde, a qualificação como organização social, além dos itens constantes do artigo 2° da LC n°846/98, como ter finalidade não-lucrativa, publicação anual dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão e proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido, é necessária a comprovação de ter pelo menos 5 anos de atividades relacionadas à prestação de serviços de assistência à saúde (SÂO PAULO, 1998).

Devido a críticas e oposições sofridas em relação ao modelo adotado, sobretudo por acusações de terceirização e privatização da saúde, constituiu-se um grupo técnico com membros da SES e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP – USP), para acompanhar e avaliar a implementação e os resultados obtidos por estes novos hospitais (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2017; FERREIRA JUNIOR, 2003; IBAÑEZ; et al, 2001).

Respondendo também às críticas sobre a falta de controle sobre estas organizações e de transparência na prestação de contas, durante o ano 2000, a

SES estudou mudanças na relação entre o poder público e as OS's. As principais transformações que surgiram disso foram a criação de um modelo de contrato de gestão padrão, porém com alguns pontos abertos a negociação, e a alteração da forma de financiamento (GOMES, 2005). Além da criação da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS), entidade da estrutura organizacional da SES com a o papel específico de elaboração e acompanhamento dos contratos (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2017; FERREIRA JUNIOR, 2003; IBAÑEZ; et al, 2001).

Como a CGCSS tinha os papeis de intermediar a relação Secretaria Estadual de Saúde e as OS's contratualizadas, responsável pela formulação, acompanhamento e monitoramento dos contratos de gestão dos hospitais geridos por OS's, além de realizar avaliações que serviriam de suporte para tomada de decisões pelo secretário de saúde. Assim, entre as atividades da coordenadoria estão a elaboração de relatórios técnicos mensais, o acompanhamento das compras e serviços das OS's e a avaliação das prestações de contas das OS's com base nos contratos firmados (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014).

Os seis primeiros hospitais a serem geridos por OS's (Itaim Paulista, Pedreira, Pirajussara, Itapecerica da Serra, Pedreira e Grajaú), tinham como forma de financiamento um pagamento de duas fontes distintas, de acordo com as atividades que realizavam. O Ministério da Saúde financiava as internações e os procedimentos ambulatoriais e de urgência de acordo com a tabela SUS e a Secretaria do Estado da Saúde complementava os valores repassados pelo Ministério da saúde e, mediante solicitação das OS's, repassava um valor adicional relacionada a outras atividades desenvolvidas no hospital (FERREIRA JUNIOR, 2003).

Se por um lado este modelo dual de financiamento permitiu a rápida implementação dos hospitais e a realização de elevado número de atendimentos em um curto espaço de tempo, por outro gerava a necessidade de constantes suplementos de recursos para as OS's por parte da Secretaria do Estado de Saúde, pela baixa remuneração recebida pelo Ministério da Saúde. Além do aumento dos atendimentos de alta complexidade realizados por estas instituições, mais bem remunerados dos que os demais procedimentos, para aumentar os repasses realizados pelo estado (FERREIRA JUNIOR, 2003).

Isto acabou fazendo com que os custos na gestão destes hospitais se elevassem num curto espaço de tempo, de modo que em 2001 a SES mudou a forma de financiamento destes hospitais, que passaram a ter um orçamento anual pré-definido em contrato, assim como a quantidade de procedimentos a serem realizados. O financiamento passou a ser feito em duas partes: uma parte fixa de 90% do valor total, pago de acordo com a quantidade de procedimentos realizados, e o restante pago de acordo com as metas de qualidade estipuladas no contrato de gestão (FERREIRA JUNIOR, 2003).

Este novo modelo permitiu controlar os gastos nestes hospitais, assim como incluir uma forma de atrelar o financiamento a níveis de qualidade e quantidade de atendimentos pactuados, de modo a aproximar-se de uma gestão por resultados e à busca por minimização dos custos dos serviços prestados, estimulando a eficiência na gestão hospitalar (FERREIRA JUNIOR, 2003).

O quadro 2 expõe as transformações ocorridas nos contratos, onde observa-se a mudança no modo de financiamento, dotando de maior controle sobre os recursos financeiros, a determinação de metas e objetivos específicos para cada hospital e a ampliação dos mecanismos de controle e avaliação das atividades realizadas.

Em 2003, eram 13 hospitais geridos através de contratos de gestão, com 12 administrados por organizações sociais e um pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (FERREIRA JUNIOR, 2003; SANO; ABRUCIO, 2008). Em 2017, no orçamento do estado de São Paulo, foram identificados 27 hospitais geridos por organizações sociais.

No período de 2006 a 2015, os hospitais passaram de 18,75% para 19,88% do total de instituições de saúde pertencentes ao estado; a quantidade de hospitais aumentou 29,3% nestes dez anos, além da sua mudança de perfil, com o aumento da quantidade de Hospitais Dia, como exposto no quadro 3. Porém este fato ocorreu devido a criação de hospitais dia, de 0 para 9 unidades no período, e hospitais gerais, de 48 para 62 unidades, em oposição aos hospitais especializados que foram de 29 para 26 unidades, uma trajetória oposta aos demais tipos de hospitais.

Quadro 2 – Comparação do contrato de gestão entre 1998-2000 e pós 2001 no Estado de São Paulo

CONTRATO DE GESTÃO 1998/2000	CONTRATO DE GESTÃO APÓS 2001
• Convênio SUS + Contrato de Gestão	• Contrato De Gestão
Financiamento: • Faturamento SI / SIH + Repasses SES	Financiamento • Contrato De Gestão
Forma de financiamento: • Primeiro ano: Repasses SES + faturamento SUS + desequilíbrio financeiro • Segundo ano em diante: Faturamento SUS + 50% faturamento + desequilíbrio financeiro	Forma de financiamento: • Orçamento de custeio prefixado • Orçamento de investimento analisado para cada atividade e/ou serviço proposto
Atividade/produção de cada hospital: • Discutidas, mais por necessidades urgentes do que de forma programada • Metas de produção semelhantes para todos os hospitais	Atividade/produção de cada hospital • Pactuada e consensuada • Quantificação prévia, específica para cada hospital • Orçamento de atividades atrelado ao orçamento econômico-financeiro
Forma de pagamento • Mensal, mediante apresentação de demonstrativo de despesas	Forma de pagamento •90% do orçamento em doze parcelas mensais de valor fixo • 10% do orçamento vinculado ao alcance de indicadores de qualidade
AIH (SIH) e BPA (SIA) •utilizados apenas como registros para fins de faturamento ao SUS	AIH (SIH) e BPA (SIA) •utilizados como fonte de informações para análise dos indicadores
Planilhas econômico-financeiras • utilizadas como instrumento de comprovação do desequilíbrio financeiro • conceituação não-padronizada para o preenchimento	Planilhas econômico-financeiras • utilizadas como instrumentos de acompanhamento da execução do orçamento pactuado previamente • Preenchimento padronizado
Envio das informações à SES • em disquetes • em papel	Envio Das Informações à SES • Em Disquetes (SIA E SIH) • Via web
Controle e Avaliação • instrumento desvinculado do Contrato de Gestão • conceitos divergentes na apresentação dos dados • diversos interlocutores – comunicação decorrente de situações de demanda, de modo relativamente sistematizado	Controle e Avaliação • instrumentos instituídos pelo Contrato de Gestão • conceitos padronizados para a apresentação dos dados • interlocutores definidos com atribuições e funções específicas • instituição da Comissão de Acompanhamento para cada hospital • implantação de um Sistema de Custos Hospitalares padronizado

Fonte: GOMES (2005).

Quadro 3 – Quantidade e tipo de estabelecimentos estaduais de saúde do Estado de São Paulo entre 2006 e 2015

Tipo de Estabelecimento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Central de Regulação	0	0	0	0	0	0	1	15	15	15
Centro de At. Hemoterápica	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2
Centro de At. Psicossocial	0	0	9	9	9	7	7	7	7	7
Unid. Básica de Saúde	103	108	97	89	91	92	88	92	93	83
Central de Regulação de Ser. de Saúde	21	19	20	8	3	0	0	0	0	0
Central de Notif. Captação e Distr. Órgãos Estadual	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10
Clínica Especializada/ Amb. Especializado	51	49	41	47	56	60	63	60	61	65
Consultório	15	14	14	24	49	48	53	54	54	52
Farmácia	24	26	29	37	44	42	42	42	41	41
Hospital Especializado	29	29	27	25	24	24	25	27	27	26
Hospital Geral	48	49	53	57	57	56	58	58	61	62
Hospital Dia	0	0	0	0	4	7	7	8	7	9
Lab. Central de Saúde Pública	0	10	14	14	14	13	13	9	7	7
Laboratório de Saúde Publica	0	0	0	0	0	0	0	4	6	6
Policlínica	28	26	25	27	28	23	26	26	26	24
Posto de Saúde	2	3	3	2	8	9	13	14	15	12
Pronto Socorro Geral	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1
Sec. de Saúde	0	2	2	14	20	20	20	20	20	20
Unid. de Serviço de Apoio de Diag. e Terapia	59	47	38	35	33	28	19	16	15	15
Unid. de Vig. em Saúde	36	34	34	30	24	19	15	15	15	16
Unid. Móvel Emergencial	17	13	12	12	12	9	6	6	6	5
Unid. Móvel Terrestre	6	6	6	6	6	6	10	10	10	7
Telesaúde	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3
Total	**439**	**435**	**424**	**436**	**482**	**463**	**472**	**490**	**502**	**488**

Fonte: DATASUS / TABNET (2017)

3 METODOLOGIA

O trabalho caracteriza-se como um estudo exploratório de dados, de natureza quali-quanti, com uma amostra não probabilística selecionada intencionalmente (ou por julgamento), que tem como objetivo central realizar uma avaliação da eficiência operacional (insumos x resultados) entre hospitais geridos pela administração direta e aqueles contratualizados com Organizações Sociais. Utiliza como base a pesquisa documental, a bibliográfica e a análise de dados quantitativos, financeiros, de estrutura e de resultados quanto às atividades foco dos hospitais selecionados na amostra.

Para isso foram utilizados dados financeiros, de produtividade e de qualidade do atendimento prestado pelos hospitais selecionados para o cálculo do nível da eficiência, utilizando a Análise Envoltória de Dados (DEA), a descrição do conteúdo dos contratos de gestão firmados entre o Estado e as Organizações Sociais e a análise de seu conteúdo utilizando o software IRAMUTEQ

Uma característica deste tipo de pesquisa, a avaliativa, é que os resultados não estão isentos de julgamento sobre o que é avaliado e o que seria o adequado dentro de determinados parâmetros estabelecidos, dado que o resultado deste tipo de pesquisa pode gerar a manutenção, mudança ou descontinuidade daquilo que se está avaliando (COELHO, 2017). Por isso, reconhece-se aqui a impossibilidade de universalização dos resultados aqui apresentados. Soma-se ao fato de, na maioria das vezes não ser possível coletar todas as informações necessárias para a análise de um número elevado de casos, seja pela indisposição deles no momento da pesquisa ou da falta meios para obtê-los, o que obriga a trabalhar com um número reduzido de unidades de análise, os hospitais. Desta maneira os resultados são indicativos da realidade que se está estudando. Mesmo devido não ser possível representar todo o universo dos hospitais públicos estaduais ou nacionais, o estudo é útil para levantar e testar hipóteses sobre as características da população de indivíduos estudados, os hospitais neste caso (COELHO, 2017)

Como pesquisa exploratória, busca ampliar o conhecimento sobre o fenômeno pesquisado, possibilitando formulações de hipóteses sobre o tema, através de amostras pequenas e não representativas, não buscando a universalização dos resultados (OLIVEIRA, 2011). Deste modo, tem-se como

finalidade desenvolver, esclarecer ou modificar conceitos e ideias, através do estudo de novos temas, ou da delimitação de temas amplos e genéricos (GIL, 2008).

O estudo é de natureza quantitativa e qualitativa. Quantitativa no que diz respeito ao seu objetivo central, o de analisar e comparar a eficiência entre os hospitais selecionados, utilizando-se para isso dado numérico e um trabalho estatístico de análise e construção de indicadores para mensurar os resultados de cada instituição conjuntamente com a Análise Envoltória de Dados (*DEA*). E qualitativo em relação ao entendimento de seu contexto e na busca dos objetivos secundários, que requerem uma interpretação da realidade e de fatos que não podem ser explicados numericamente.

A seleção dos hospitais estudados neste trabalho é não probabilística e intencional. Não probabilística por não buscar ser uma representação amostral estatística do universo estudado, que possibilitasse a generalização dos resultados ao restante da população. Nem com tamanho estatisticamente representativo, tendo em vista que foca apenas no estado de São Paulo e em hospitais com atividades ligadas ao nível da alta complexidade nos serviços de saúde.

Por este motivo os resultados aqui obtidos não podem ser extrapolados diretamente para outros estados ou países que apliquem também este modelo, ou em instituições que atendam outros níveis de complexidade em relação aos serviços de atenção à saúde, devido à diferença de fatores sociais, políticos e epidemiológicos que impactam estas instituições. Devendo por isso serem considerados como um indicativo de uma tendência, e não como uma certeza de resultado similar,

É intencional na medida que os elementos foram selecionados segundo critérios pré-estabelecidos pelo pesquisador (OLIVEIRA, 2011), critérios estes apresentados posteriormente nesta mesma seção.

Com isso, busca-se estabelecer parâmetros e critérios que possibilitem a comparação dos casos estudados, diminuindo o número de variáveis que diferenciariam cada uma das instituições, de modo que os resultados alcançados possam ser extrapolados apenas para os casos que se enquadrem nestas variáveis, cuja generalização tem um caráter analítico e não estatístico (ALMEIDA, 2017).

Como modo de coleta de dados, utilizou-se pesquisa documental, bibliográfica e dados secundários disponíveis em sites oficiais do estado de São

Paulo referentes à área da saúde. A pesquisa bibliográfica foi realizada com base em materiais já elaborados, como livros, artigos, anais de congressos e simpósios etc. Permite o estudo sobre o tema de maneira mais ampla do que seria possível apenas através da pesquisa direta (GIL, 2008) e que tem sua principal vantagem, segundo Oliveira (2011, p. 40) "*no fato de fornecer ao investigador um instrumental analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas também pode esgotar-se em si mesma"*.

Sendo assim, uma fonte secundária de dados, na qual se busca o entendimento do que já foi desenvolvido sobre o tema, os caminhos já traçados, assim como os diferentes pontos de vista sobre o objeto ou fato em questão, permite maior clareza na elaboração dos objetivos e dos métodos que serão utilizados, como apontado por Marconi e Lakatos.

> A pesquisa bibliográfica é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema. O estudo da literatura pertinente pode ajudar a planificação do trabalho, evitar publicações e certos erros, e representa uma fonte indispensável de informações, podendo até orientar as indagações (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 158)

Para o levantamento bibliográfico deste trabalho utilizou-se de artigos publicados em revistas científicas e em livros que abordam alguns dos temas trabalhados, administração pública, em especial, as reformas gerenciais na década de 90 decorrente das ideias da *NPM;* referente a área da saúde pública, com foco em gestão hospitalar e o nível de atenção da alta complexidade. Utilizou-se também de manuais técnicos, principalmente da área da saúde, para maior compreensão e detalhamento dos termos utilizados referentes ao assunto.

A pesquisa documental diferencia-se da bibliográfica pelo material analisado que se encontra publicado não ter tido um tratamento analítico, ou ainda poder ser estudado sobre outras óticas ou objetivos (GIL, 2008). Como exemplos, podemos citar documentos oficiais, reportagens de jornais, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações etc. (GIL, 2008). Assim, pelo não tratamento analítico prévio das informações contidas, considera-se o conteúdo destas fontes de dados primários (MARCONI; LAKATOS, 2003; OLIVEIRA, 2011). Mais utilizada em

pesquisas teóricas e estudos de caso, onde há maior necessidade da coleta de documentos para análise (OLIVEIRA, 2011).

Como documentos e dados primários para a análise, utilizou-se dados referentes a cada hospital selecionado, os contratos de gestão firmados entre o poder público e as organizações sociais, e os dados da execução orçamentária no particular dos repasses às OSS com o detalhamento do repasse para cada instituição, ambos obtidos através do portal da transparência do Estado de São Paulo; os dados referentes a insumos e processos foram obtidos através do DATASUS e do banco de dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Os detalhes destas informações são apresentados posteriormente nesta mesma seção.

Com os dados sobre a produção e atendimento de cada hospital desenvolveram-se indicadores para medir a dimensão da alta complexidade nas instituições abrangidas pelo estudo, o nível de eficiência operacional dos hospitais. Porém, reconhece-se que com os dados coletados não há possibilidade de análises em cada um dos departamentos (farmácia, ambulatório, UTI etc) ou por grupos de cuidados referente às diferentes CID's – Código Internacional de Doenças, que cada hospital atende, de modo que para isso seja necessário novos estudos.

3.1 Análise Envoltória de Dados (*DEA*)

Segundo a literatura, a análise de eficiência em serviços de saúde pode ser feita através de diferentes técnicas tanto qualitativas como quantitativas. Dentre as quantitativas, a Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis – DEA*) aparece como uma das técnicas mais utilizadas e apropriadas para calcular o nível de eficiência técnica entre diferentes instituições, por ser uma das ferramentas mais promissoras para avaliação de políticas públicas, tendo em vista que permite analisar diferentes dimensões de uma mesma organização (LINS; et al, 2007). Tem uso especial em unidades prestadoras de serviços de saúde, como as instituições hospitalares (PROITE; SOUSA, 2014), devido a *DEA* conseguir se adaptar aos processos que envolvem não só uma série de entradas, mas também uma série de saídas intermediárias (CORDERO; et al., 2008,).

A técnica *DEA* foi introduzida por Farrell (1957) e popularizada por Charnes, Cooper e Rhodes (1978). Mediante métodos de programação linear, realiza-se o cálculo da eficiência a partir de duas dimensões, *inputs* e *outputs*. Os *inputs* permitem avaliar a quantidade de insumos que podem ser proporcionalmente reduzidos mantendo-se as quantidades de *output*. Já os *outputs* possibilitam analisar qual o nível máximo que é possível produzir com uma quantidade determinada de *inputs*.

A adequação do *DEA* aos hospitais dá-se devido à técnica apresentar poucas restrições para sua operacionalização, em comparação a outras técnicas, já que é capaz de englobar diferentes tipos de insumos e produtos, assim como a relação existente entre eles, para a realização da análise. Este é um dos motivos de existir uma ampla produção bibliográfica utilizando o *DEA* em hospitais para examinar diferentes aspectos de sua gestão (PROITE; SOUSA, 2014).

Esta técnica consiste em uma programação linear não paramétrica para calcular a eficiência comparativa das Unidades Tomadoras de Decisão (*Decision Making Units – DMU's*) (LINS; et al, 2007; SOUZA; et al, 2016). Nesta técnica o resultado obtido também pode ser chamado de eficiência relativa, dado que a fronteira de eficiência e a posição de cada DMU em relação às demais depende das outras instituições presentes no grupo que se está analisando. O nível de eficiência individual é alterado cada vez que há uma exclusão ou uma inclusão de uma DMU na análise (MARINHO, 2013).

A utilização desta técnica permite a avaliação do nível de eficiência de cada instituição sobre dois pontos: a existência de ganhos de escala, associando a variação da quantidade de insumos (*inputs*) utilizados e a os resultados (*outputs*) obtidos; e a eficiência da gestão de cada unidade analisada, tendo em vista os resultados obtidos com o mesmo nível de *inputs* (SILVA; MORETTI; SCHUSTER, 2016).

As Unidades Tomadoras de Decisão (*DMU's*) são as organizações às quais se está buscando o nível de eficiência em comparação às demais existentes no grupo, que devem ser homogêneas e ter em comum a utilização dos mesmos insumos (*inputs*) para a produção dos mesmos produtos e serviços (*outputs*) (LINS; et al, 2007). No contexto deste trabalho, as *DMU's* são os hospitais públicos do

Estado de São Paulo que oferecem serviços de alta complexidade às redes regionais de saúde, selecionados para o estudo.

O modelo, contudo, apresenta limitações. O primeiro é o seu caráter determinístico, que não permite o tratamento de incerteza dentro do modelo. O segundo é a possibilidade de uma unidade tomadora de decisão (DMU's) apresentar baixo ou elevado nível de eficiência devido a relação entre seus inputs e outputs serem favorecidos na relação de pesos dentro do modelo, levando-o assim à fronteira não por sua "real" eficiência (LOPES, 1998).

Além disso, na utilização do *DEA,* a existência de erros e omissões de dados e informações pode gerar distorções, devido a grande sensibilidade que este método tem em relação a *outliers* ou dados heterogêneos. Como o cálculo de eficiência busca o nível máximo de eficiência dentro do grupo analisado (Fronteira de Eficiência), observações muito discrepantes podem deslocar essa fronteira, alterando o que seria considerado um nível eficiente para todas as demais organizações (PROITE; SOUSA, 2014).

Este problema afeta especialmente a utilização do *DEA* em hospitais públicos brasileiros, devido não apenas à grande variedade destas instituições, ou a diferenças em seu contexto político (legislação) e social (demográfico e epidemiológico), mas também às notificações incorretas sobre determinadas atividades, devido a erros cadastrais e aos mecanismos de financiamento baseado em reembolso (PROITE; SOUSA, 2014) ou outras formas de financiamento de atividades que não foram identificados no estudo. Por isso, foi de grande importância o modo de seleção dos hospitais para este estudo, exposta na seção seguinte, que procura não apenas diminuir a heterogeneidade entre eles, mas também garantir que as informações existentes sobre eles não fossem discrepantes com a realidade ou que houvesse erros.

Para o cálculo da eficiência no *DEA*, as informações disponíveis são separadas em dois grupos, *inputs* (X) e *outputs* (Y), e valoradas de acordo com a importância atribuída a cada fator. Para este cálculo é necessário que: (i) o somatório da multiplicação dos *outputs* pelos seus respectivos pesos seja constante e igual a 1, (ii) o somatório deverá ser menor ou igual ao somatório do produto dos *inputs* pelos seus respectivos pesos somado à Variável de Escala, (iii) os pesos não podem assumir valores negativos (SOUZA; et al, 2016).

Com base na média ponderada dos dados de cada grupo, calculam-se dois novos indicadores para cada DMU, um *input*-virtual e um *output*-virtual, utilizados para a construção da fronteira de eficiência e para a análise de cada DMU (MARINHO, 2013; SOUZA; *et al*, 2016). Os valores (scores) representam o nível de eficiência relativa de cada DMU's em relação ao restante do grupo.

Usualmente os valores encontrados convertidos para uma gradação mais fácil de analisar é entre 0 e 1 ou 0% a 100%, uma vez que 0 é o máximo da ineficiência, e 1 ou 100% a relação de maior eficiência possível no grupo, representando a fronteira de eficiência dentro das DMU's analisadas (MARINHO, 2013).

Para a elaboração da fronteira, é estabelecido a eficiência máxima que é possível obter com a relação entre os insumos e produtos, com base na definição de Pareto-Koopmans que a relação *input* e *output* é tecnicamente eficiente quando: I - não seja possível aumentar um *output* sem haver o aumento dos *inputs* ou a diminuição de outro *output*; II – não seja possível reduzir um *output* sem que haja diminuição dos *outputs* ou aumento de outro *input* (LINS; et al, 2007; SOUZA; *et al*, 2016). Desta maneira a fronteira de eficiência pode ser definida como a quantidade máxima de *outputs* que é possível obter dada a quantidade de *inputs* que foram utilizados no processo (LINS; et al, 2007).

A eficiência de cada DMU é calculada através da relação entre o *output*-virtual e o *input*-virtual de cada Unidade Tomadoras de Decisão. Essa relação entre insumos e produto é o que demonstra o quão próximo da fronteira de eficiência se encontra cada organização analisada. É neste ponto que se atribui o peso de cada variável para o cálculo do *input*-virtual e do *output*-virtual, de modo que se obtenha a relação que demonstre a maior eficiência possível (LINS; *et al*, 2007).

Figura 2: Fórmula do cálculo da eficiência para cada DMU pela *DEA*.

Índice de eficiência: $$\frac{\sum_j u_j Y_{jk}}{\sum_i v_i X_{ik}} =$$

v são pesos ou multiplicadores e,

Fonte: LINS, *et al* (2007).

Com o uso das informações disponíveis nos portais da transparência estadual e federal a respeito dos hospitais selecionados, calculou-se, conforme metodologia exposta mais a diante, os indicadores que visaram expor o porte destas instituições, a participação dos atendimentos de alta complexidade em relação ao total de atendimentos e qual o nível de eficiência de cada hospital na utilização dos recursos públicos aplicados. Para esta análise foram utilizadas as seguintes variáveis ou indicadores:

Indicadores de insumo (*Inputs*):

- Valores financeiros liquidados pelo Estado de São Paulo;
- Quantidade de leitos hospitalares;
- Quantidade de autorizações de internação hospitalar na alta complexidade;
- Quantidade de atendimentos na UTI na alta complexidade;

Indicadores de produto (*Outputs*):

- Média de ocupação por leito;
- Inversa da Taxa de Óbitos de Pacientes em serviços de Alta Complexidade:

Como insumos foram utilizados os valores financeiros repassados pelo Estado de São Paulo, a quantidade de leitos disponíveis para tratamento, de internações e de atendimentos na UTI. Com isso buscou-se usar como *input* os recursos materiais disponíveis e a produção realizada.

Como produtos para análise da eficiência utilizou-se taxas para medir a qualidade do serviço prestado: o inverso da taxa de mortalidade (quanto menor a taxa, melhor o indicador) e a média de ocupação dos leitos (quanto maior a taxa, melhor o indicador). Dado que, como exposto anteriormente, a questão da eficiência está fortemente relacionada aos indicadores de qualidade na área da saúde.

A elaboração dos dados foi realizada através do programa RStudio, utilizando o CRAN "Package 'r*DEA*'" de 2016 para o cálculo dos indicadores da análise envoltória de dados. Os resultados apresentados são os referentes ao DATA_NAIVE, valor orientado para a minimização de custos. Os resultados obtidos

foram sistematizados em tabelas com o uso do programa Excel 2016 do Microsoft Office.

Foi tentado durante a elaboração dos dados utilizar o CRAN “Package ‘LpSolve’”, com retornos de escala variáveis, porém pelo número reduzidos de DMU’s frente ao que é recomendado, a sensibilidade entre a diferença da relação entre inputs e outputs, como descrito por Proite e Sousa (2014), levou a geração de dois grupos com valores extremos de máxima e mínima eficiência, o que não representava fielmente a realidade, por isso adotou-se o modelo linear para contornar essa limitação.

3.2 Seleção dos hospitais

Para o levantamento inicial dos hospitais estaduais de São Paulo, buscou-se no orçamento estadual no período entre 2010 e 2016, período em que os dados estão disponíveis para consulta com o nível de detalhamento necessário para o estudo, chega-se a um total de 70 rubricas do orçamento referentes a gastos com hospitais. No último ano, eram 38 hospitais da administração direta e 32 geridos por OS’s. Nesse ponto se faz necessário indicar que mesmo o orçamento evidenciando existirem 70 hospitais, o número real de hospitais no estado é maior, devido a algumas destas rubricas descrevem gastos com complexos hospitalares como um gasto único, unindo diferentes unidades de saúde que são geridas conjuntamente em uma única rubrica no orçamento.

Para a seleção dos hospitais no estudo, dentre as 70 rubricas hospitalares identificadas no orçamento, foram utilizados quatro critérios: tipo de instituição, número de leitos, nível de complexidade e informações disponíveis e completas para todo o período sem descontinuidades. Estes critérios foram usados para focar as análises com dados de hospitais com características semelhantes, exigência da técnica *DEA*.

Tipo de instituição: como o objetivo é analisar a eficiência dos hospitais públicos pertencentes ao Estado de São Paulo geridos via administração direta ou através de OS, as instituições que não se enquadraram neste requisito foram retiradas da seleção: os hospitais universitários ou com foco em ensino, os institutos especializados em apenas um tipo de atendimento, como maternidades ou hospitais

oncológicos, conjuntos e complexos hospitalares, fundações, as que eram geridas por consórcios intermunicipais, e aquelas criadas via “Parcerias Público-Privadas” e geridos via convênio. Dos 70 hospitais originais, remanesceu um conjunto de 42 hospitais, 16 da administração direta e 26 geridos por OS após a aplicação dos filtros citados.

Dos 42 hospitais remanescentes após a aplicação do primeiro critério de seleção, foram identificados aqueles que tinham entre 100 e 450 leitos. O motivo desta seleção é homogeneizar o tamanho dos hospitais, para que na análise dos dados não houvesse disparidade devido ao porte de cada hospital. Dado que é nesta faixa que se observam as maiores economias de escala em instituições hospitalares, podendo este ser considerado o tamanho ótimo para estas organizações (MENDES, 2011). Remanesceu um conjunto de 25 hospitais, 15 da administração direta e 10 geridos por OS’s.

Destes 25 hospitais, foram excluídos aqueles que não prestavam serviços de alta complexidade que integram o SUS. As informações foram obtidas através dos sites dos próprios hospitais, da secretaria da saúde do Estado de São Paulo e das OS’s que os administram, considerando a classificação do próprio hospital ou pelo tipo de atendimento que prestam, de acordo com a lista de atividades da alta complexidade. Deste modo, ao total restaram 11 hospitais, 6 da administração direta e 5 por OS’s.

Neste conjunto de 11 hospitais, buscaram-se as informações necessárias para a elaboração do trabalho. Excluindo 2 hospitais por não conterem todas as informações necessárias referentes ao período analisado. Um devido a paralização de parte de suas atividades para reformas, não prestando serviços nos dois últimos anos analisados; e o segundo por não ter as informações sobre repasse de recursos para os dois primeiros anos analisados.

Deste modo, o presente trabalho analisou os dados referentes a 9 hospitais de grande porte pertencentes ao Estado de São Paulo que prestam serviços na alta complexidade de atenção à saúde, 5 geridos pela administração direta e 4 via OS’s - organizações sociais.

São eles:

Administração direta:

- Hospital Regional Sul
- Hospital Geral de São Mateus
- Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões
- Hospital Guilherme Álvaro
- Hospital Ipiranga

Via Organizações Sociais:

- Hospital Geral de Itapecerica da Serra (SECONCI)
- Hospital das Clinicas Luzia de Pinho Melo (SPDM)
- Hospital Estadual Mario Covas (Fundação do ABC)
- Hospital Geral de Pirajussara (SPDM)

3.3 Os contratos de gestão analisados

Havendo selecionados os hospitais geridos via OS que foram utilizados no trabalho, buscaram-se os contratos firmados entre o Estado e as Organizações Sociais que iriam gerenciar cada unidade.

Os contratos foram obtidos através do Portal da Transparência do Estado de São Paulo, no item “Organizações Sociais”, na aba “3° setor”. Selecionando a área “saúde”, foi possível levantar os contratos firmados desde 2009 exclusivamente para a gestão de hospitais, excluindo assim os contratos referentes a outras unidades que prestam serviços na área da saúde, assim como a identificação das OS’s gestoras em cada período. Além dos contratos, também foi possível obter os termos aditivos referentes a cada contrato no decorrer de sua validade. No total foram assinados 75 contratos de gestão firmados no período estudado entre o estado de São Paulo e as OS’s, com 511 termos aditivos relacionados a estes contratos, sendo analisados apenas aqueles referentes aos hospitais presentes no estudo, apresentados mais detalhadamente no capítulo da análise.

Iniciou-se por uma análise descritivas dos contratos de gestão selecionados, apresentando as partes comuns a todos eles, assim como os modos de financiamento, indicadores de qualidade utilizados, punições, modo de relação entre o poder público e a OS, forma de monitoramento e possibilidades de rescisão do

contrato. Esta descrição buscou expor o conteúdo dos contratos de gestão e a forma de funcionamento da contratualização dos hospitais. Estas dimensões ou categorias dos conteúdos dos contratos foram as consideradas mais relevantes para os objetivos deste estudo (Catelli, 2001).

Conjuntamente, compararam-se os contratos com a estrutura descrita por Catelli (2001) e o seu conteúdo como base para a gestão por resultados, a fim de expor a forma de relação entre o poder público e o privado; de financiamento; de monitoramento e avaliação; e os objetivos e metas descritos.

O conteúdo dos contratos também foi analisado através do software IRAMUTEQ (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3). Como o conteúdo dos contratos tem características da linguagem técnico-jurídica, algumas formas de análise textual como nível de formalidade, percepção do locutor, análise do discurso ou da narrativa e a forma do corpo textual, de frases curtas e de carácter predominantemente impositivo não foram possíveis de serem realizadas devido à inexistência de um locutor identificável no texto (a quem representa a fala).

O conteúdo analisado é referente ao contrato padrão para contratualização de hospitais estaduais, base dos contratos firmados entre a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e a Organização Social dos hospitais selecionados.

Por não haver diferenças categóricas entre os contratos que representassem diferença em seu conteúdo, também não foi possível realizar a “Análise Fatorial” e a “Classificação Hierárquica Descendente”. Por estes motivos, as formas de análise textual utilizadas foram “Estatísticas textuais”, “Nuvem de Palavras” e “Análise de Similitude”, referentes à estrutura do texto.

A análise “Estatística textual”, ou Análise Lexicográfica Clássica (CAMARGO e JUSTUS; 2016) é uma análise estatística simples do corpo textual, que identifica a quantidade de palavras com base na sua forma reduzida de acordo com o dicionário existente no software, identificando também as formas ativas e suplementares das palavras. Como resultado desta análise obtivemos o número de textos e segmentos de textos, ocorrências de palavras contidas no texto, frequência média das palavras, bem como a frequência total de cada forma; e sua classificação gramatical, de acordo com o dicionário de formas reduzidas (SALVATI, 2017).

A “Nuvem de Palavras” apresenta, em forma de imagem, a importância de cada palavra dentro do texto. Com base em um diagrama em forma de nuvem, as

palavras aparecem em diferentes tamanhos e posições de acordo com sua ocorrência, quanto maior sua frequência, maior seu tamanho e mais ao centro ela se localiza na imagem. É uma análise lexical que permite uma rápida identificação do conteúdo do texto e dos principais assuntos abordados (SALVATI, 2017).

A “Análise de Similitude” constrói um gráfico em forma de árvore (hierárquico), formada por um núcleo com as principais palavras, e ramificações com grupos de palavras agrupadas segundo sua correlação dentro do texto. A análise baseia-se na teoria dos grafos (estudo das relações existentes entre os objetos de um determinado modelo matemático). A partir deste gráfico é possível observar a estrutura do texto de acordo com os principais temas abordados de acordo com a ocorrência e correlação entre as palavras (SALVATI, 2017).

Na execução do software, foram utilizadas apenas as palavras ativas, retirando os termos jurídicos referentes à estrutura do contrato (artigo, inciso, caput), para não haver distorção do seu conteúdo. Para a padronização das palavras, os nomes dos hospitais foram substituídos por “nome_hospital”, o nome das organizações sociais por “organização_social”, e toda referência ao Sistema Único de Saúde por “SUS”, de modo a padronizar os temas similares e permitir a análise do conteúdo.

3.4 Dados utilizados

Para a análise do desempenho dos hospitais selecionados foram utilizados onze indicadores relacionados a cada uma destas instituições, que foram inter-relacionados de modo que fosse possível extrair medidas que permitiram analisar seu desempenho e comparar os grupos, os geridos por organizações sociais e os da administração direta. A escolha pela utilização deste conjunto de dados está relacionada ao objetivo do trabalho, realizar uma análise dos hospitais de alta complexidade geridos pela administração direta, comparados aos geridos por OSs do estado de São Paulo, com base nas informações disponíveis em portais da transparência estadual.

O número de leitos foi obtido através do portal da secretaria da saúde do Estado de são Paulo, disponível via TABNET. Foram levantados os dados por estabelecimentos de atendimento à saúde em cada uma das 17 Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) entre 2008 e 2016 no último mês de cada ano, período

disponível para consulta. Esta consulta resultou num total de 847 organizações que prestaram serviços de saúde pelo SUS em todo o estado, selecionando entre estas apenas as que prestavam serviços hospitalares.

Os demais dados foram obtidos no portal da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), na seção “Governo Aberto SP”, no tema saúde, selecionando o banco de dados da produção hospitalar SUS do Estado de São Paulo.

Os valores encontrados para cada hospital referente a cada dado estão nos anexos do trabalho. São eles:

- Valores financeiros liquidados pelo Estado de São Paulo: apresenta os valores totais liquidados pelo Estado de São Paulo relacionados a cada instituição entre os anos de 2010 e 2016, período disponível para consulta no portal da transparência que permitia a separação dos gastos por hospital. Os valors foram tabelados e inflacionados para o ano de 2016 utilizando-se o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que mede a inflação anual com base na variação da cesta de consumo das famílias.
- Quantidade de leitos hospitalares: quantidade de camas destinadas ao acolhimento e permanência do paciente na instituição para observação, tratamento ou reabilitação. Estes leitos podem ser separados por tipo de tratamento (maternidade, oncologia, Unidade de tratamento intensivo (UTI), clínica pediátrica, etc), porém para o trabalho utilizou-se a quantidade total de leitos em cada hospital, como critério para dimensionar seu tamanho ou porte e capacidade de atendimento, tendo em vista que buscou-se comparar os hospitais como um todo, e não realizar comparações focadas em cada área de atendimento.
- Quantidade de permanências: a permanência é o período de tempo que o paciente permanece em um leito para observação ou tratamento. Podendo ser dividido entre curta (até 12 horas), média (1 até 30 dias) e longa (mais de 30 dias). Pela impossibilidade de separação do tipo de permanência na base de consulta utilizada, foram utilizados o total de permanências, quantidade de pacientes que ocuparam um leito no período.

- Quantidade de permanências (alta complexidade): quantidade de dias que os pacientes que ocuparam um leito para tratamento relacionados a atividades ligadas a alta complexidade.
- Óbitos (alta complexidade): quantidade de pacientes que vieram a falecer naquela instituição, selecionando apenas aqueles relacionados a atividades ligadas a alta complexidade.
- Diárias na UTI: soma da quantidade de dias que os pacientes permaneceram na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), não discriminando o motivo ou episódio que resultou na internação.
- Diárias na UTI (alta complexidade): soma da quantidade de dias que os pacientes permaneceram na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), apenas em casos relacionado a atividades da alta complexidade.
- AIH's pagas: quantidade de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a aquela instituição. A AIH é um documento enviado para os gestores do SUS responsáveis pelos hospitais. Informando as internações efetuadas, para o cadastro e futuro pagamento, neste caso pelo estado de São Paulo.
- AIH's pagas (alta complexidade): quantidade de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a aquela instituição, referente as atividades na alta complexidade.
- Valor total das AIH's pagas: total dos valores pagos pelo SUS a cada instituição referentes às AIH's. Os valores estão inflacionados ao ano base de 2016 utilizando o INPC.
- Valor total das AIH's pagas (alta complexidade): total dos valores pagos pelo SUS a cada instituição referentes às AIH's em atividades relacionadas à alta complexidade. Os valores foram inflacionados ao ano base de 2016 utilizando o INPC.

Através do relacionamento destes dados, buscou-se calcular o tamanho da alta complexidade em relação a todas as atividades desenvolvidas por estes hospitais, tanto em relação aos recursos como em relação à quantidade de atendimentos, de modo a dimensionar o quanto ocupam estes procedimentos no total das atividades realizadas dentro da instituição, em conjunto com o cálculo de

índices operacionais em relação ao tempo médio de permanência e ocupação dos leitos e a relação de óbitos por internação, que buscassem apresentar o nível de eficiência destes hospitais no tratamento dos pacientes e seus resultados, sendo estes os indicadores utilizados para medir a eficiência dos hospitais analisados.

Para a análise da eficiência entre os dois grupos, administração direta e via organizações sociais, foi calculada a média dos índices indicados para ambos os grupos no período analisado, utilizando-se deste indicador para realizar a comparação.

4 ANÁLISE E RESULTADOS

4.1 Os hospitais analisados

Esta seção apresentará os hospitais analisados no estudo. Com informações sobre sua localização, um resumo de sua história, as principais áreas de atuação e seu território de abrangência, assim como nos casos das instituições geridas por organizações sociais, quando estas OS's passaram a administrá-las.

Porém, houve dificuldade de obter todos os dados necessários, principalmente dos hospitais geridos pela administração direta, devido à inexistência de sites específicos de cada instituição ou de portais do governo que apresentassem as características de cada hospital, diferente do caso dos hospitais contratualizados, para os quais todas as instituições pesquisadas contavam com sites próprios, com descrições de suas áreas de atuação.

- Hospital Regional Sul (Administração Direta)

Endereço: Avenida General Roberto Alves de Carvalho Filho, 270. Santo Amaro; São Paulo – SP.

Na década de 1960, iniciou suas atividades como um hospital particular de pequeno porte, com 48 leitos. Em 1988, por dificuldades, sofreu intervenção estadual, que assumiu sua gestão, o renomeando como Hospital Regional Sul. Nas décadas se seguintes houve a ampliação de suas atividades, com o aumento do número de leitos.

Atualmente o Hospital Regional Sul conta com os serviços de banco de leite humano, atendimento pediátrico, pronto socorro, internação, ambulatório, cirurgia geral, vascular, ortopédica, urológica e buco-maxilo, serviço de apoio e diagnóstico. É referência em maternidade de alto risco, traumatologia e neurocirurgia (PORTAL DO CIDADÃO.SP, 2018 A). O hospital também realiza exames laboratoriais, ultra-sonografia, radiologia (tomografia e raio X), mamografia, eletrocardiografia, eletroneuromiografia, endoscopia disgestiva e broncoscopia, laringocospia, teleretinografia, eletroencefalografia, colonoscopia, cirurgia pediátrica, odontologia de urgência, ecocardiograma, ecocardiograma fetal (PORTAL DO CIDADÃO.SP, 2018a).

- Hospital Geral de São Mateus (Administração Direta)

Endereço: Rua Ângelo de Cândia, 540. Cidade São Mateus; São Paulo – SP.

Iniciou atividades no começo da década de 1990, o Hospital Geral de São Mateus “Doutor Manoel Bifulco” já era referência para o tratamento de vítimas de queimadura para a zona leste da capital e do Grande ABC, além de atender pacientes em estado grave encaminhados pelas unidades básicas de saúde e hospitais da região (SÃO PAULO, 2018).

Presta serviços nas áreas de clínica médica, cirúrgica, ginecológica e obstétrica, pediátrica e de queimados. Atende demandas espontânea e referenciada em caráter de urgência e emergência, com atendimento ambulatorial especializado (PORTAL DO CIDADÃO.SP, 2018 B).

- Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões (Administração Direta)

Endereço: Rua Ari Barroso, 355. Presidente Altino; Osasco – SP.

O Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões atende o munícipio de Osasco e região, é referência no atendimento de alta complexidade nas áreas de neurologia, neurocirurgia e traumatologia. O hospital também conta com centro cirúrgico, cirurgia ortopédica, hemocentro, pediatria, psiquiatria, e UTI, além de realizar exames ressonância magnética, tomografia, raio-x, colonoscopia e endoscopia; e Hospital-dia para cirurgias de pequeno porte (OSASCO, 2018; SÃO PAULO, 2018b).

- Hospital Guilherme Álvaro (Administração Direta)

Endereço: Rua Oswaldo Cruz, 197. Boqueirão, Santos – SP.

O Hospital Geral de Santos, Guilherme Álvaro, atende à Baixada Santista e ao Vale do Paraíba, e é o único hospital estadual de alta complexidade da região. Prestando atendimento ambulatorial, de emergência referenciada e contra-referenciada, internação nas áreas de clínica médica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica e obstetrícia, oncologia, saúde mental e especialidades (PORTAL DO CIDADÃO.SP, 2018 C).

- Hospital Ipiranga (Administração Direta)

Endereço: Av. Nazaré, 28. Ipiranga, São Paulo – SP.

O hospital presta atendimentos nas áreas de odontologia, cirurgia ambulatorial, plástica e geral, gastroenterologia, nefrologiaurologia, ortopediatraumatologia, neurocirurgia, ginecologia, endocrinologia, buco maxilo facial, cardiologia, clínica geral, nefrourologia, neonatologia, pneumologia, oncologia, e obstetrícia clínica e cirúrgica (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2018).

- Hospital Geral de Itapecerica da Serra (OS – SECONCI)

Endereço: Avenida Guacy Fernandes Domingues, 200. Embu Mirim, Itapecerica da Serra – SP.

Em 1983 os municípios de Taboão da Serra, Embu-Guaçu, Itapecerica da Serra, São Lourenço da Serra e Juquitiba se uniram e fundaram a Empresa Pública Pró-Hospital, com a finalidade de gerir dois hospitais para atender a região, o Hospital Geral de Itapecerica da Serra, e o Hospital de Pirajussara, que seriam construídos pelo governo do estado. Em 1987 houve a liberação de verbas pelo governador e tem-se início a construção de ambos os hospitais (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, 2018).

Inaugurado em 1999, o Hospital Geral de Itapecerica da Serra, atende as populações dos municípios de Itapecerica da Serra, Embu-Guaçu, São Lourenço da Serra e Juquitiba. Desde o início do funcionamento é gerido pela OS Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI – SP), através de uma parceria (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, 2018).

O hospital inicialmente tinha como principal área de atuação os serviços de maternidade e obstétricos. Apenas em 2004 ampliou a área de atendimentos cirúrgicos e de tratamentos de maior complexidade. Atualmente realiza cirurgias ortopédicas, pediátricas, obstétricas, vasculares, oftalmológicas, urológicas, de cabeça e pescoço, torácica e neurocirurgias; tornando-se também referência em partos de alto risco (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, 2018).

Em 2012 o hospital o recebe a acreditação *Joint Commission International* (JCI), tornando-se o primeiro hospital público do país e receber esta acreditação

pelo atendimento dos padrões internacionais de qualidade e segurança assistencial (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, 2018).

- Hospital das Clinicas Luzia de Pinho Melo (OS - SPDM)

Endereço: Rua Manoel de Oliveira, S/N. Vila Mogilar, Mogi das Cruzes – SP.

O Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo iniciou suas atividades em 1991 decorrente de uma reestruturação do Ambulatório de Especialidades e Pronto Socorro de Mogi das Cruzes, passando a atender os municípios de Arujá, Biritiba Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano (HOSPITAL DAS CLINICAS LUZIA DE PINHO MELO, 2015; ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, 2018a)

O hospital realiza procedimentos nas áreas de clínica, pediátrica, psiquiátrica, quimioterapia, pronto socorro, ambulatório de especialidades e cirurgias ambulatoriais, sendo referência em neurocirurgia, cirurgia vascular, ortopedia e oncologia (HOSPITAL DAS CLINICAS LUZIA DE PINHO MELO, 2015; ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, 2018a).

Desde 2004 o hospital é gerenciado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, através de um contrato de gestão (ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, 2018a). Em 2006 o hospital recebeu a certificação de “acreditado nível 3” da ONA (Organização Nacional de Acreditação), referente a qualidade de assistência à saúde e de gestão; no ano seguinte recebeu o prêmio “Ideia Saudável” pelos resultados obtidos no acolhimento com classificação de risco, e em 2008 o prêmio “Amigo do Meio Ambiente”, pelos trabalhos de preservação do meio ambiente, ambos concedidos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, 2018a)

- Hospital Estadual Mario Covas (OS – Fundação do ABC)

Endereço: R. Dr. Henrique Calderazzo, 321. Paraíso, Santo André - SP

Em 1976 teve início a construção do Hospital Regional de Clinicas, porém nos anos seguintes sofreu diversas interrupções, até que foi suspensa sua construção. Apenas em 2000 sua construção foi retomada, entregue um ano depois

com o nome de Hospital Estadual Mario Covas, e em 2002 o início dos atendimentos de casos de maior complexidade (FUNDAÇÃO DO ABC, 2017).

O Hospital Estadual Mario Covas é um hospital terciário de alta complexidade, que atende aos municípios de – Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra (FUNDAÇÃO DO ABC, 2017).

O hospital realiza internações, terapia intensiva e complementar, atendimento pediátrico destinado a crianças com câncer, e conta com centro cirúrgico, banco de sangue, banco de leite humano, Centro de Fisioterapia e Central de Vacinas (FUNDAÇÃO DO ABC, 2017).

Desde sua inauguração a sua gestão é realizada pela Fundação do ABC. Atualmente possui certificação de "acreditado nível 2" da ONA (Organização Nacional de Acreditação), prêmio "Gestão de Qualidade" concedido pelo Coren; prêmio "Amigo do Meio Ambiente" da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, e prêmio "Amigo da Criança" da OMS (Organização Mundial da Saúde) (FUNDAÇÃO DO ABC, 2017).

- Hospital Geral de Pirajussara (OS – SPDM)

Endereço: Av. Ibirama, 1214. Jardim São Judas, Taboão da Serra – SP.

O Hospital Geral de Pirajussara iniciou suas atividades em 1999 como um hospital de referência de alta complexidade para os 15 municípios do seu entorno, entre eles Taboão da Serra, Embu, Vargem Grande Paulista, Osasco, Juquitiba, São Lourenço da Serra, Barueri e Cotia (HOSPITAL GERAL DE PIRAJUSSARA, 2015; ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, 2018b). Gerido pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) desde 2012, via contrato de gestão com a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

O hospital conta com atendimento clínico e cirúrgico nas áreas de neurocirurgia, oftalmologia, pediatria e cirurgia cardíaca, fisiatra, fisioterapia respiratória, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia motora, psicologia e fonoaudiologia (ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, 2018b)

O Hospital Geral de Pirajussara foi o primeiro hospital público a receber a certificação de “Acreditado nível 3” da ONA (Organização Nacional de Acreditação) (HOSPITAL GERAL DE PIRAJUSSARA, 2015), e é certificado também em nível 3 pela Acreditação Canadense, do Canadian Council on Health Services Accreditation (ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, 2018b).

4.2 Análise dos contratos de gestão

Inicialmente, faz-se necessária uma contextualização do papel dos contratos de gestão no modelo de parceria entre o poder público e as Organizações Sociais. O Contrato de Gestão não deve ser analisado como um documento de compra de serviços, como em uma terceirização, ou apenas um marco legal que oficializa a parceria entre ambas as partes. O Contrato de Gestão, pelo lado do Estado, tem a função de expor seus objetivos, direcionando a atuação das OS’s, como base para implementação, supervisão e avaliação das ações executadas por elas (BRASIL, 1997). Por parte da Organização Social, este documento é o que norteia o planejamento de suas ações, descrevendo os recursos, metas e formas de prestação de contas (BRASIL, 1997; IBAÑEZ; et al, 2001). Deste modo, o contrato de gestão é a base de toda a relação entre ambas as partes, servindo para de accountability e de referência para a avaliação das atividades realizadas (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014).

Segundo os procedimentos metodológicos já descritos anteriormente, os contratos aqui analisados foram:

- Hospital Geral de Itapecerica da Serra (SECONCI)
    - Contrato de Gestão 2011 – 9 termos aditivos
    - Contrato de Gestão 2016 – 3 termos aditivos
- Hospital das Clinicas Luzia de Pinho Melo (SPDM)
    - Contrato de Gestão 2012 – 15 termos aditivos
    - Contrato de Gestão 2017 – 3 termos aditivos
- Hospital Estadual Mario Covas (Fundação do ABC)
    - Contrato de Gestão 2009 – nenhum termo aditivo
    - Contrato de Gestão 2012 – 16 termos aditivos

- Contrato de Gestão 2017 – 4 termos aditivos

- Hospital Geral de Pirajussara (SPDM)
  - Contrato de Gestão 2012 – 10 termos aditivos
  - Contrato de Gestão 2016 – 4 termos aditivos

Quadro 4 – Processos referentes aos hospitais e as organizações sociais responsáveis.

Ano	Processo	Hospital	Organização Social	Páginas
2007	001.0100.000.413/2007	Hospital Estadual Mario Covas	Fundação do ABC	18
2011	001.0500.000.067/2011	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	18
2011	001.0500.000.074/2011	Hospital Geral de Pirajussara	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	18
2012	001.0500.000.041/2012	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	26
2012	001.0500.000.040/2012	Hospital Estadual Mario Covas	Fundação do ABC	25
2016	001.0500.000.033/2016	Hospital Geral de Pirajussara	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	21
2016	001.0500.000.036/2016	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	23
2017	001.0500.000.019/2017	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	24
2017	001.0500.000.021/2017	Hospital Estadual Mario Covas	Fundação do ABC	24

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Na análise dos contratos, o primeiro ponto que se observou foi seu tamanho, que variaram de 18 a 26 páginas. Porém, é possível notar uma tendência no aumento no seu conteúdo com o passar do tempo, sendo os três contratos mais antigos os menores, e os últimos, todos com mais de 21 páginas. Esse aumento foi decorrente da introdução de novos conteúdos nos anexos (Em todos os contratos analisados os anexos representavam pelo menos a metade do total de páginas), onde são descritos os conteúdos específicos de cada hospital, como indicadores utilizados, volumes mínimos de atendimento e tipos de serviços prestados. A principal causa do aumento a introdução de novos itens no anexo I, referentes à descrição dos serviços prestados, aumentando o detalhamento das atividades.

Os contratos apresentam, inicialmente, a identificação do contratante, o Estado de São Paulo através da Secretaria de Estado de Saúde, e da contratada, a Organização Social, juntamente com as pessoas que representam cada parte. Aponta como objetivo do contrato a regulamentação do desenvolvimento de ações e serviços de saúde no hospital determinado.

Quadro 5 – Função do representante da Organização social referente a cada contrato, com ano e hospital.

Ano	Hospital	Organização Social	Representante da OS
2007	Hospital Estadual Mario Covas	Fundação do ABC	Presidente
2011	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	Conselheiro presidente
2011	Hospital Geral de Pirajussara	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	Presidente
2012	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	Presidente
2012	Hospital Estadual Mario Covas	Fundação do ABC	Presidente
2016	Hospital Geral de Pirajussara	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	Conselheiro presidente
2016	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	Presidente
2017	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	Presidente
2017	Hospital Estadual Mario Covas	Fundação do ABC	Presidente

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Referente às diretrizes operacionais, os contratos de gestão indicam a operacionalização dos hospitais, geridos pelas organizações sociais e financiados e avaliados pelo Estado, devendo os objetivos ser atingidos com a eficácia e qualidade requeridos pelos dispositivos contidos no contrato, como exposto no item 2 da cláusula primeira dos contratos.

Os resultados esperados e prazos acordados são apresentados nos anexos. No anexo I são detalhados os serviços que devem ser realizados, sua quantidade e suas características; no Anexo II são apresentados o valor financeiro do contrato, as datas de vencimento e a forma de pagamento pelos serviços prestados; no Anexo III estão presentes metas de qualidade que servem como base para a avaliação das atividades realizadas e do pagamento da parte variável.

Como recompensa a serem atingidas às metas contratualizadas, há o repasse integral dos 10% dos recursos financeiros referentes ao atingimento das

metas, já que o não atingimento destas é punida pela diminuição da porcentagem do repasse. Porém não é apontado o não atingimento das metas como motivo para possível suspensão do contrato de gestão.

No conteúdo dos contratos, excluindo-se os anexos, todos apresentam conteúdos similares, havendo apenas diferenças na indicação da organização social contratada, o hospital que será gerido, e os valores e datas de repasses financeiros, similar ao apontado por Baggenstoss e Donadone (2014), decorrente da introdução de um modelo de contrato padrão para este tipo de parceria em 2000 (GOMES, 2005).

Alguns pontos, contudo, merecem destaque, pois fogem da descrição de atividades a serem realizadas e sua quantificação, para a indicação de ações voltadas à qualidade dos serviços prestados, atendimento e população e humanização dos serviços, como pontos adicionais na busca da qualidade dos serviços ofertados. São eles:

- instalação dos serviços de atendimento ao usuário;
- atendimento dos pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário;
- informar o paciente ou representante, por escrito, motivo da não realização de determinado tratamento;
- permitir visita diária aos pacientes internados, em período mínimo de 2 horas, e acompanhamento integral nos casos de internação de gestantes, deficientes, crianças e idosos;
- esclarecer qualquer dúvida do paciente sobre seus direitos e sobre os serviços prestados;
- respeitar a decisão do paciente, ou responsável, ao aceitar ou recursa tratamento;
- assegurar ao paciente a assistência religiosa; e
- fornecer ao paciente atendimento, em sua saída, informe relatando sobre os motivos de atendimento (CID-10) e procedimentos realizados.

Estas obrigações assumidas pela contratada demonstram uma preocupação do poder público em garantir condições básicas de qualidade, buscando o nível mínimo de humanização nos serviços prestados e respeitos aos direitos dos

cidadãos. Demonstra que o contrato não se resume a uma peça jurídica de indicação de prazos, metas quantitativas e valores financeiros.

Nos contratos não é expressa a relação hierárquica entre a Organização Social e o poder público, esta apresentada como uma relação de direitos e obrigações entre as partes, com apresentação da forma de remuneração, dos deveres de cada parte e das possibilidades de quebra de contratos.

Os recursos materiais que serão utilizados na avaliação da eficiência não são detalhados nos contratos. Sendo apresentados apenas como “bens e imóveis”, devendo o Estado permitir seu uso e fornecer os meios necessários à OS para a realização das atividades contratualizadas. Deste modo, não é especificado qual patrimônio que a OS passará a gerir, pois é tratado apenas de forma global pelo nome do próprio hospital, o que impossibilita analisar qual o total de recursos materiais que está sendo delegado para a instituição.

No quadro abaixo são expostos os valores globais e do primeiro ano de vigência de cada contrato de gestão expostos nos documentos. Os valores foram corrigidos pelo INPC para o ano base de 2017.

Quadro 6 – Valores globais e referentes ao primeiro ano de vigência de cada contrato, com hospital e Organização Social responsável.

Ano	Hospital	Organização Social	Valor global (R$)	Primeiro ano (R$)
2007	Hospital Estadual Mario Covas	Fundação do ABC	764.665.409,89	76.466.540,98
2011	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	650.639.929,83	130.127.985,96
2011	Hospital Geral de Pirajussara	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	714.116.996,15	142.823.399,23
2012	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	824.983.303,11	82.498.330,31
2012	Hospital Estadual Mario Covas	Fundação do ABC	874.897.619,27	87.489.761,92
2016	Hospital Geral de Pirajussara	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	670.269.981,85	134.053.996,37
2016	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	639.680.930,53	127.936.186,10
2017	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	865.307.460,00	86.530.746,000
2017	Hospital Estadual Mario Covas	Fundação do ABC	966.180.000,00	96.618.000,000

Fonte: Dados deste trabalho, 2018

Na cláusula 28 dos contratos, aponta-se um teto de 70% do valor global das despesas com custeio da unidade gerida como o limite para remunerações e vantagens recebidas ou pagas a funcionários e dirigentes. Estes valores devem ser consistentes com os níveis praticados no setor privado, observando a média de, no mínimo, outras 10 instituições com características similares, calculada por entidades especializadas no assunto. No entanto neste valor não se especificam os limites para contratações via CLT, terceirização, ou por pessoa jurídica.

O monitoramento das atividades pelo poder público é apresentado como de responsabilidade da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS), tendo como base as metas presentes nos contratos. Com a avaliação de responsabilidade da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, com base na L.C. n° 846/98, realizada pelos relatórios de atividades fornecidos pela OS. Neste caso, a Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão deve encaminhar anualmente à SES e à Assembleia Legislativa relatório avaliativo da gestão dos hospitais pelas OS's e os resultados obtidos de acordo com as metas contidas nos contratos.

Os motivos que levam à suspensão do contrato de gestão são indicados como os contidos na Lei Federal 8666/93 ou vontade unilateral de uma das partes do contrato, juntamente com as punições cabíveis; porém, os motivos de suspensão estão relacionados a atos criminosos, dano ao patrimônio público, ou suspensão dos serviços ou das atividades, mas, não há especificidades em relação ao não atingimento das metas contratualizadas ou níveis mínimos de qualidade, mesmo estando presentes no contrato.

Em relação aos recursos financeiros, é apontado como dever do Estado incluir nos orçamentos dos anos subsequentes de vigência do contrato os recursos necessários para a execução das atividades pela OS, com base no anexo II, onde constam os valores e os prazos de pagamento referentes as atividades realizadas. Os recursos transferidos pelo Estado para a gestão hospitalar devem ser movimentados em conta corrente específica em nome do próprio hospital, separada dos recursos próprios da Organização Social. Além disso, a OS pode obter recursos extras através da prestação de serviços que não impactem o atendimento à saúde, doações e contribuições, rendimentos de aplicações financeiras, ou ainda por empréstimos, em nome da própria organização.

O restante dos contratos é constituído por três anexos técnicos: I - descrição dos serviços; II – Sistema de pagamento; e III – Indicadores de qualidade.

No anexo técnico I – descrições dos serviços são apresentados os tipos de serviços a serem oferecidos e as quantidades base para a avaliação das atividades. Os tipos de atendimentos são separados em assistência hospitalar; hospital dia e cirurgia ambulatoriais; atendimento a urgências hospitalares; atendimentos ambulatoriais; e programas especiais e novas especialidades de atendimento. Cada item destes está seguido de uma descrição do que são as atividades realizadas, assim como da legislação a que estão submetidas. Estão acompanhados pelo volume de atividades contratrualizadas.

Quadro 7 - Especialidades médicas contratrualizadas por hospital e ano do contrato.

Ano	2007	2011	2011	2012	2012	2016	2016	2017	2017
Hospital / Especialidade Médica	Hospital Estadual Mario Covas	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Hospital Geral de Pirajussara	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Hospital Estadual Mario Covas	Hospital Geral de Pirajussara	Hospital geral de Itapecerica da Serra	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Hospital Estadual Mario Covas
Acupuntura			X			X			X
Alergia / Imunológica	X		X	X				X	
Anestesiologia				X	X	X	X	X	X
Angiologia	X			X					
Cardiologia	X	X	X	X		X	X	X	X
Cirurgia Cardiovascular	X		X	X	X	X		X	X
Cirurgia Geral	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cirurgia Pediátrica	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cirurgia Plástica	X		X	X	X	X		X	X
Cirurgia Torácica	X	X		X	X	X		X	X
Cirurgia Vascular	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Clínica médica							X		
Dermatologia	X		X	X	X	X		X	X
Endocrinologia	X	X	X	X	X	X		X	X
Endoscopia	X								
Fisiatria	X	X				X			
Gastroenterologia	X		X	X	X	X			
Ginecologia	X	X	X	X	X	X	X		X
Hematologia	X			X	X			X	X
Hemodiálise	X								

Infectologia	X	X		X	X	X			X
Mastologia				X	X			X	X
Medicina do trabalho	X						X		
Medicina intensiva			X						
Nefrologia	X		X	X	X	X		X	
Neonatologia						X	X		
Neurocirurgia	X	X	X	X	X		X	X	X
Neurologia	X	X	X	X				X	X
Obstetrícia		X	X			X	X		
Oftalmologia		X	X	X		X	X	X	
Oncologia	X			X	X			X	X
Ortopedia / Traumatologia	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Otorrinolaringologia	X		X	X		X		X	X
Pediatria	X		X				X		
Pneumologia	X	X	X	X		X	X	X	X
Proctologia	X		X	X	X	X		X	X
Psiquiatria	X		X		X	X		X	X
Reumatologia	X			X				X	X
Urologia	X	X	X	X	X	X		X	X
Cirurgia cabeça pescoço	X	X		X	X	X		X	X
Outros					X				

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Ao observar o quadro 7, é possível constatar que enquanto os procedimentos de alta complexidade, como cirurgias e especialidades ligadas a neurologia, cardiologia e traumatologia constam em todos os hospitais, em pelo menos um dos contratos firmados por hospital, as ações relacionadas a média complexidade, com exceção da ginecologia, não aparecem em todos os contratos nem em todos os hospitais, reforçando o caráter de alta complexidade destes hospitais.

Em relação as especialidades não médicas, as que estão presentes em todos os hospitais em pelo menos um dos contratos firmados são a enfermaria, psicologia, e as ações ligadas a reabilitação, fonoaudiologia e fisioterapia.

Em complemento ao que foi apresentado no quadro 7, o quadro 9 mostra a quantidade de atendimentos especializados contratualizados, com as saídas cirúrgicas representando uma média de 47,1% do total deste tipo de procedimento.

Quadro 8 – Especialidades não médicas contratrualizadas por hospital e ano do contrato.

Ano	2007	2011	2011	2012	2012	2016	2016	2017	2017
Hospital / Especialidade não médica	Hospital Estadual Mario Covas	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Hospital Geral de Pirajussara	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Hospital Estadual Mario Covas	Hospital Geral de Pirajussara	Hospital geral de Itapecerica da Serra	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Hospital Estadual Mario Covas
Enfermaria		X	X	X	X	X	X	X	X
Farmacêutico					X			X	X
Fisioterapeuta		X	X	X	X	X	X	X	X
Fonoaudiólogo		X	X	X	X	X	X	X	X
Nutricionista				X	X	X	X	X	X
Psicólogo	X	X	X	X	X		X		X
Terapeuta ocupacional		X	X		X		X		X
Odontologia				X	X	X		X	X
Serviço Social			X						
Outros				X					

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Quadro 9 – Quantidade de atendimentos por especialidade contratualizadas por hospital e ano do contrato

Ano	Hospital	Clínica médica	Obstetrícia	Pediatria	Psiquiatria	Saídas cirúrgicas
2007	Hospital Estadual Mario Covas	1205	1076	458		2882
2011	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	2317	2737	1705		4801
2011	Hospital Geral de Pirajussara	1140	3414	1560	192	4828
2012	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	2390		870	180	2220
2012	Hospital Estadual Mario Covas	1840		408	177	3208
2016	Hospital Geral de Pirajussara	1080	3600	1560	180	5256
2016	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	2304	3192	1980		4440
2017	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	3132		300	180	2556
2017	Hospital Estadual Mario Covas	1560		234	174	4068

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Quadro 10 – Quantidade de atendimentos por tipo por hospital e ano do contrato.

Ano	Hospital	Hospital dia	Cirurgia Ambulatorial	Ambulatorial médico	Ambulatorial não médico
2007	Hospital Estadual Mario Covas	1076		81148	
2011	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	2436	617	107655	11424
2011	Hospital Geral de Pirajussara	2594	1465	107760	19219
2012	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	741	810	53435	4800
2012	Hospital Estadual Mario Covas	421	2343	40427	8370
2016	Hospital Geral de Pirajussara	2556	1500	84948	42024
2016	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	3060	624	59652	59424
2017	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	618	972	53550	4800
2017	Hospital Estadual Mario Covas	486	2694	60528	21744

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Quadro 11 – Tipo de admissão e quantidade de atendimentos de Urgência e de Serviços de apoio diagnostico e terapêutico por hospital e ano do contrato.

Ano	Hospital	Tipo de admissão	Urgência	Serviços de apoio diagnostico e terapêutico (SADT)
2007	Hospital Estadual Mario Covas	Porta Fechada	4416	54653
2011	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Porta Fechada	87248	5676
2011	Hospital Geral de Pirajussara	Porta Fechada	26400	63801
2012	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Porta Aberta	97251	7867
2012	Hospital Estadual Mario Covas	Porta Fechada	7800	19779
2016	Hospital Geral de Pirajussara	Porta Fechada	26400	63816
2016	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Porta Aberta	121800	5064
2017	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Porta Aberta	67200	8946
2017	Hospital Estadual Mario Covas	Porta Fechada	7800	12336

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Pelo quadro 10 a predominância das atividades ambulatoriais são as ambulatoriais médicas, com uma média de 78,9% do total de atendimentos destas atividades, sendo que em apenas um caso o porcentual representa menos de 60% do total.

O quadro 11 mostra que na maioria dos casos contratualizou o atendimento do tipo porta fechada, atendendo principalmente a demanda referenciada por outras unidades de saúde.

Ao final do anexo I dos contratos, são expostos os documentos que devem ser enviados à SES para prestação de contas, seja nos períodos estipulados ou mediante demanda do poder público, são eles:

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

No anexo II dos contratos - Sistema de pagamento, detalham-se as modalidades de pagamento de acordo com os serviços contratualizados no Anexo I dos contratos. Apresenta a proporção que cada modalidade de serviço representará no valor orçado e servirá de base para a avaliação dos repasses dos 10% referente às metas atingidas. Assim como o cronograma para o repasse dos recursos, tanto a parte fixa como a vaiável.

Ao final são expostas as faixas de variação na quantidade de atendimento de cada serviço em relação à porcentagem dos valores variáveis pagos, considerando as quatro faixas de variação descritas a seguir, com os valores máximos e mínimos, dependendo o atendimento, variando de acordo com o serviço:

- Acima de 100% do volume contratualizado - 100% do repasse;
- Entre (85% ou 95%) e 100% do volume contratualizado - 100% do repasse;
- Entre 70% e (84,99% ou 94,99%) do volume contratualizado - 90% do repasse;
- Abaixo de 70% do volume contratualizado - 80% do repasse.

Quadro 12 – Distribuição percentual para efeito de desconto dos indicadores de produção do orçamento de custeio, por hospital e ano do contrato.

Ano	2007	2011	2011	2012	2012	2016	2016	2017	2017
Aspecto \ Hospital	Hospital Estadual Mario Covas	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Hospital Geral de Pirajussara	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Hospital Estadual Mario Covas	Hospital Geral de Pirajussara	Hospital geral de Itapecerica da Serra	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Hospital Estadual Mario Covas
Custeio com Despesas com o atendimento hospitalar (internação)	61,59	77,00	74,46	51,00	71,00				
Saídas hospitalares em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica						44,64	46,00	28,00	37,00
Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica						29,65	29,00	28,00	34,50
HD/Cirurgia Ambulatória	2,73	5,00	1,98	3,00	2,50	2,05	5,00	0,50	1,50
Urgência	5,58	10,00	8,36	33,00	15,50	8,53	12,00	29,00	7,00
Ambulatório / especialidades médicas	24,77	7,00	12,54	11,00	7,00	11,53	6,00	12,50	13,00
Ambulatório / especialidades não médicas						0,82	1,00	0,50	1,50
SADT – Externo	5,33	1,00	2,66	2,00	4,00	2,78	1,00	1,50	5,50

Fonte: Dados deste estudo, 2018

O Anexo Técnico III dos contratos– Indicadores de qualidade apresenta como a qualidade do atendimento e da prestação dos serviços será medida para a base do cálculo do pagamento da parte variável. Esta foi a parte dos contratos que apresentou maiores mudanças no decorrer do tempo, com a inclusão de novos indicadores e a necessidade de realização de ações específicas. A mudança reflete o processo do aprendizado do Estado de São Paulo na gestão de serviços contratualizados na área de saúde. Porém, deve-se ressaltar que nem todos os indicadores valem para todos os hospitais, pois alguns são específicos de atividades realizadas por eles, e não por todos os hospitais.

Em nenhum ponto dos contratos de gestão foi identificado a descrição de fatores críticos de sucesso ou indicações sobre melhoria de desempenho das atividades. Apenas é indicado na cláusula 14 o Foro da Capital como o responsável por dirimir questões referentes ao contrato que não possam ser resolvidas por acordo entre as partes.

Percebe-se evolução no formato e conteúdo nos contratos. No primeiro contrato firmado, dentre os analisados, que data de 2009, estavam presentes apenas 4 indicadores de qualidade: mortalidade operatória, controle de infecção hospitalar, melhoria continua na obstetrícia e mortalidade por infarto agudo do miocárdio. Nos anos seguintes foi adicionada a necessidade de um núcleo de controle de epidemiologia, da análise do tempo de permanência e taxa de cirurgias suspensas.

Em 2013, nos contratos analisados, houve uma mudança no modo de descrição destes indicadores, que foram separados em dois grupos, além da inclusão de novos parâmetros.

- Pré-requisitos (PR): Apresentação das AIH; taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio; programa de controle de infecção hospitalar; e indicadores específicos dos atendimentos realizados.
- Indicadores: qualidade da informação; programa de humanização; atividade cirúrgica; núcleo hospitalar de epidemiologia; e monitoramento de atividades selecionadas.

Quadro 13 – Indicadores de qualidade presentes nos contratos

Ano do contrato	2007	2011	2011	2012	2012	2016	2016	2017	2017
Hospital	Hospital Estadual Mario Covas	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Hospital Geral de Pirajussara	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Hospital Estadual Mario Covas	Hospital Geral de Pirajussara	Hospital geral de Itapecerica da Serra	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	Hospital Estadual Mario Covas
Qualidade da informação						30%	30%	30%	30%
Programa de humanização						10%	10%	10%	10%
Melhoria continua em obstetrícia	25%	20%	20%			15%	20%		
Protocolos Assistenciais de Saúde Mental						5%		5%	5%
Mortalidade Operatória	25%								
Taxa de Cirurgia Suspensa		20%	20%	25%	25%				
Atividade Cirúrgica						15%	¨15%	15%	15%
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia		20%	20%	10%	10%	5%	5%	5%	5%
Monitoramento de Atividades Selecionadas						20%	20%	30%	30%
Controle de infecção Hospitalar	25%	20%	20%	20%	¨20%	PR	PR	PR	PR
Análise de tempo de permanência		20%	20%	25%	25%				
Mortalidade por enfarte agudo do miocárdio (IAM)	25%			20%	20%	PR	PR	PR	PR
Agenda regulada de Oncologia								5%	5%
Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar						PR	PR	PR	PR

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Em relação aos termos aditivos, seu tamanho variou de 2 até 16 páginas, dependendo do escopo. Os menores referiam-se principalmente à correção dos valores repassados nos anos seguintes à assinatura do contrato, decorrente de correção monetária. Os maiores abordavam mudanças nos serviços prestados e nos volumes contratualizados, mas sem grandes alterações. Porém, em nenhum deles foi observado inclusão ou alteração dos indicadores de qualidade e nas formas de pagamento, não havendo assim grandes diferenças entre os termos aditivos, além já das mencionadas.

Observou-se com base nos dados apresentados que houve uma evolução em relação à elaboração dos contratos no período analisado. Apesar do conteúdo do contrato não variar significativamente no período, a descrição das atividades que deveriam ser realizadas, assim como a inclusão de novos indicadores de qualidade, demonstram um acúmulo de conhecimento e a busca de melhorias neste instrumento de gestão, o que pode sinalizar uma preocupação na criação de meios para incentivar o hospital no aumento da eficiência e na busca da qualidade, do mesmo modo que indicado por Sano & Abrucio(2008).

4.2.1 Análise do conteúdo textual dos contratos pelo IRAMUTEQ

O conteúdo do contrato foi analisado através do software IRAMUTEQ, utilizando os métodos “Estatísticas Textuais”, “Nuvem de Palavras” e “Análise de Similitude” conforme descrito na metodologia deste trabalho.

Na execução das “Estatísticas Textuais”, o texto apresentou em sua estrutura 176 segmentos de textos indicados pelo software, contidos nestes segmentos 6.400 ocorrências (unidades gramáticas), com 1.235 formas distintas, 1.030 ativas e 196 suplementares, com 616 que ocorreram apenas uma única vez no texto (9,62% das ocorrências e 49,88% das formas).

As 30 palavras ativas que mais aparecem no texto (2,91%) somam 813 ocorrências, o que representa 12,71% do total do texto. Nesse pequeno conjunto de palavras já é possível identificar o assunto principal do texto e algumas de suas características, como a área de atuação (saúde, paciente, hospital, SUS), ao objeto que ele se refere (contratar, serviço, gestão, atendimento) e ao nível de complexidade do serviço objeto do contrato (hospitalar, ambulatorial, cirurgia, emergência).

Quadro 14 – 30 principais formas ativas e sua ocorrência no texto

Formas ativas	Ocorrências		Formas ativas	Ocorrências
Serviço	54		Contratante	23
Contratar	51		Dever	23
Saúde	48		Anexo	22
Contrato	46		Técnico	22
Atendimento	40		Hospital	21
Paciente	34		Lei	21
Indicador	33		Execução	19
Não	32		Financeiro	19
Hospitalar	31		Presente	19
Atividade	29		Dia	17
Gestão	29		Pagamento	17
Unidade	25		Público	17
Ambulatorial	24		SUS	17
Avaliação	24		Cirúrgico	16
Médico	24		Urgência	16

Fonte: Dados deste estudo, 2018

A Nuvem de Palavras formada pelo conteúdo do texto dá destaque às palavras “serviço”, “saúde”, “contratar”, “contrato”, formando assim uma representação visual do que se trata o texto analisado, estando circunscritas por palavras que indicam a natureza do contrato, como “gestão”, “execução”, “hospital”, “ambulatorial”, “SUS”, de modo.

O destaque da palavra “não” em ambas as análises demonstra uma quantidade relevante de itens proibitivos no contrato, de modo que não apenas as obrigações, mas também as limitações às ações de cada uma das partes do contrato aparecem de forma substancial no texto.

Também é possível observar a ocorrência frequente de termos que expõem a preocupação com questões relacionadas à gestão por resultado, como “indicador”, “informação”, “qualidade”, “avaliação”, “meta”, forte evidência de que o contrato não se resume a questões procedimentais da gestão dos hospitais, mas apresenta itens importantes na busca dos objetivos contratualizados em relação à qualidade.

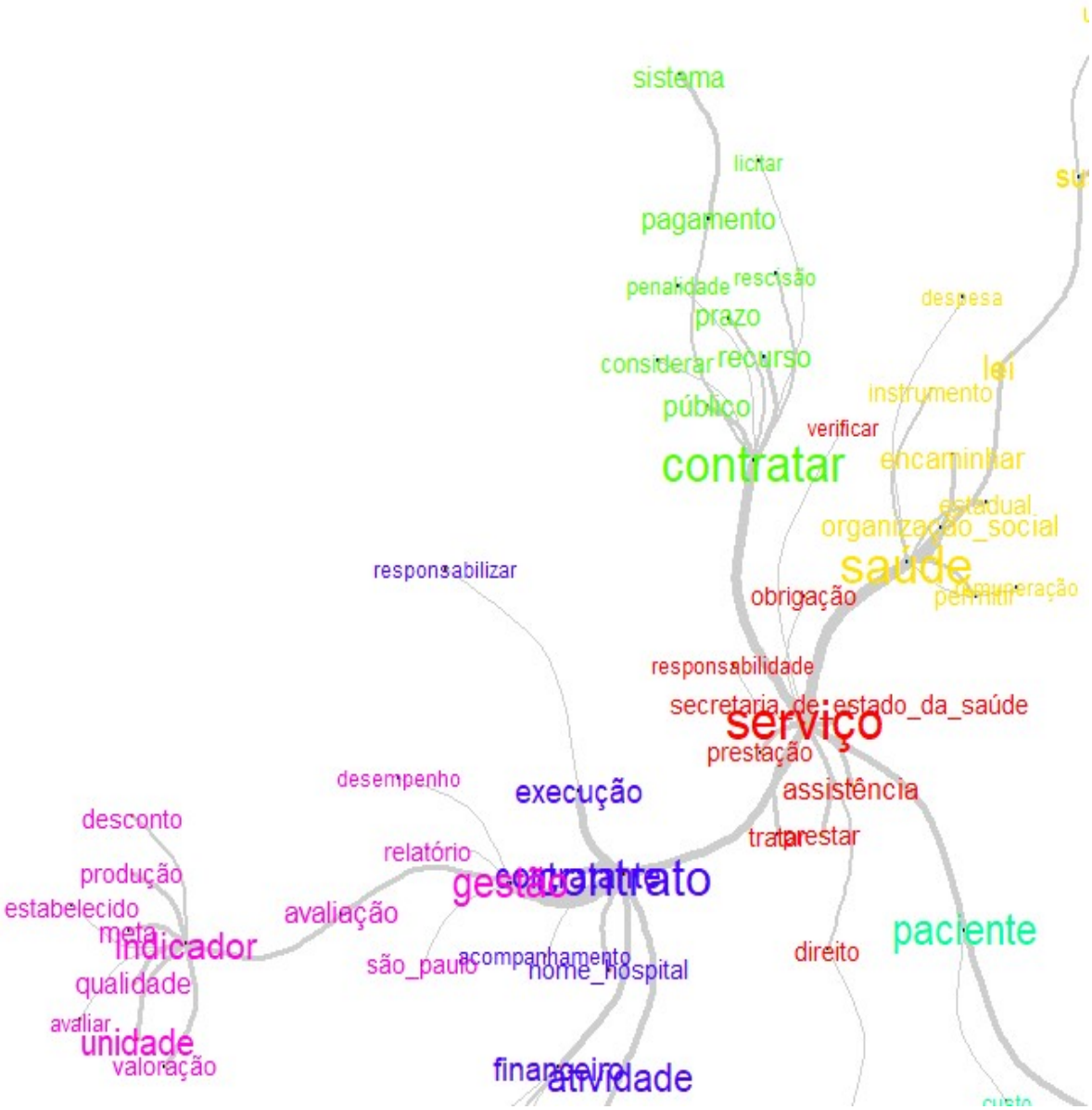
Figura 3 – Nuvem de Palavras

Fonte: Dados deste estudo, 2018

O grafo formado pela “Análise de similitude” aprofunda a apresentação formada na “Nuvem de Palavras”, agrupando as palavras de acordo com suas interligações e relações no texto, com a identificação. Foram identificados sete grupos distintos pelo *software*.

A imagem formada não representa a disposição das palavras que mais aparecem, ao contrario da “Nuvem de Palavras”, mas as principais interrelações entre os termos presentes no texto, de modo que a quantidade de correlações e não de aparições que é utilizada para a elaboração da figura.

Figura 4 – Grafo de similitudes



Fonte: Dados deste estudo, 2018

O grupo vermelho apresenta o núcleo do contrato abordando os serviços, obrigações e responsabilidades de forma ampla. A partir destas palavras centrais que os demais temas contidos no contrato estão encadeados e são apresentados.

No azul escuro estão os itens que abordam o papel do contratante, no caso a Secretaria de Estado de Saúde, presente no grupo vermelho, com o financiamento e o acompanhamento das atividades realizadas.

Quadro 15 – Grupos e palavras presentes no grafo

Azul escuro	Roxo	Azul Claro	Verde Água	Verde	Vermelho	Amarela
Contrato	Gestão	Hospitalar	Paciente	Contratar	Serviço	Saúde
Contratante	Desempenho	Ambulatorial	Custo	Público	Obrigação	Permitir
Acompanhamento	Relatório	Agendamento	Atendimento	Recursos	Responsabilidade	Remuneração
Nome_hospital	São Paulo	Defini	Hospitalar	Considerar	Secretaria de Estado de Saúde	Organização Social
Financeiro	Avaliação	Informação	Atender	Prazo	Prestação	Estadual
Atividade	Indicador	Cirurgia	Especialidade	Rescisão	Assistência	Encaminhar
Custeio	Desconto	Procedimento	Volume	Penalidade	Tratar	Instrumento
Contratação	Produção	Tratamento	Médico	Pagamento	Prestar	Despesa
Repasse	Estabelecido	Cuidado	Realizado	Licitar		Lei
	Meta		Registrar	Sistema		SUS
	Qualidade		Registro			Acordo
	Avaliar					Usuário
	Unidade					
	Valoração					

Fonte: Dados deste estudo, 2018

O Roxo aparece como um apêndice do grupo azul escuro, apresentando como será realizado o acompanhamento da gestão dos serviços, contendo os indicadores, avaliação, metas, qualidade, valoração.

No Verde, abordam-se as obrigações do contratado em relação ao uso dos recursos, os impedimentos sobre futuras licitações caso de descumprimento do contrato, à observância dos prazos e às penalidades cabíveis.

No Amarelo, estão agrupados os temas relacionados à prestação dos serviços de saúde, a remuneração, o atendimento, o responsável pela prestação (Organização_social) e suas obrigações relacionadas aos pacientes.

O Verde Água expõe as questões do atendimento ao paciente, com o volume de atividades, as especialidades, os custos e a necessidade de registros dos procedimentos realizados.

No Azul Claro, abordam-se as atividades prestadas, hospitalar e ambulatorial, com os procedimentos, cuidados e tratamentos ofertados, expondo quais os serviços e tratamentos que devem ser ofertados no hospital.

Pela relação entre os grupos azul escuro e roxo é possível observar a existência de um forte vínculo entre os termos “Contrato”, “Gestão” e “Indicador”, estando este último relacionado a “meta”, “qualidade”, “avaliar”, “produção, representando que as questões ligadas à gestão por resultados estão presentes e bem delimitadas dentro do texto.

4.3 Análise dos Hospitais

4.3.1 Porte dos hospitais

Utilizando-se do número de leitos e dos recursos financeiros destinados a cada hospital, buscou-se dimensionar o porte destas instituições. O motivo da necessidade deste dimensionamento é a fato da existência de economias de escala nestas instituições, em relação ao total de leitos disponíveis para internação, tendo em vista a existência de diferenças na economia de escala (MENDES, 2011).

Neste sentido, a diferença no porte destes hospitais, assim como os recursos financeiros disponíveis, gera impactos diretos no nível de eficiência alcançado, podendo em condições de igualdade em relação às técnicas utilizadas e

aos serviços prestados, apresentarem custos unitários menores e uma taxa de resolubilidade de problemas maior (MENDES, 2011).

Quadro 16 – Quantidade de Leitos por Hospital

Hospitais / Ano	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
Itapecerica da Serra	187	192	192	192	192	192	192	191	194
C. Luzia de Pinho Melo	276	282	282	282	282	282	282	282	282
Est. Mario Covas	299	299	299	299	291	299	299	299	295
Geral de Pirajussara	285	299	299	299	299	299	299	299	299
Média	**261,8**	**268,0**	**268,0**	**268,0**	**266,0**	**268,0**	**268,0**	**267,8**	**267,5**
Administração Direta									
Reg. Sul	248	226	226	242	242	242	252	252	172
Geral de São Mateus	227	265	265	265	265	265	265	265	231
Reg. Dr Vivaldo M. Simões	212	212	212	212	212	212	212	212	212
Guilherme Álvaro	299	299	274	271	257	246	246	245	248
Ipiranga	241	241	234	234	235	235	235	235	235
Média	**245,4**	**248,6**	**242,2**	**244,8**	**242,2**	**240,0**	**242,0**	**241,8**	**219,6**
Diferença entre as médias	**16,4**	**19,4**	**25,8**	**23,2**	**23,8**	**28,0**	**26,0**	**26,0**	**47,9**

Fonte: DATASUS/CNES (2017)

Quadro 17 – Total de recursos financeiros liquidados por hospital (milhões de reais)

Hospitais / Ano	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais							
Itapecerica Da Serra	101,3	115,3	127,1	106,2	110,1	113,4	114,2
C. Luzia De Pinho Melo	131,7	135,0	148,6	152,3	144,1	155,5	158,1
Est. Mario Covas	126,9	150,6	176,8	165,4	178,0	183,9	178,6
Geral de Pirajussara	132,8	126,5	125,1	125,1	113,8	120,0	119,9
Média	**123,2**	**131,9**	**144,4**	**137,3**	**136,5**	**143,2**	**142,7**
Administração Direta							
Reg. Sul	104,6	108,7	109,2	129,8	123,4	119,2	109,1
Geral De São Mateus	92,3	96,3	102,9	116,5	109,1	104,0	90,1
Reg. Dr Vivaldo M Simões	108,9	113,4	116,9	131,1	120,0	116,7	98,0
Guilherme Álvaro	101,2	105,4	110,0	130,6	125,3	113,9	94,6
Ipiranga	114,3	113,6	112,4	128,9	128,8	115,9	103,4
Média	**104,2**	**107,4**	**110,2**	**127,3**	**121,3**	**113,9**	**99,0**
Diferença entre as médias	**19,0**	**24,5**	**34,2**	**10,0**	**15,2**	**29,3**	**43,7**

Fonte: DATASUS/ SESSP/SIH (2017)

Em relação a quantidade de leitos nos hospitais, observa-se que aqueles que tiveram sua gestão delegada a organizações sociais apresentam na média um porte ligeiramente maior do que os da administração direta. Com a diferença entre a

quantidade de leitos entre ambos os grupos se ampliou durante o período, devido a diminuição de leitos em alguns hospitais da administração direta, e o aumento nos geridos por OS.

Tendência semelhante ao observado em relação aos recursos financeiros repassados pelo Estado a estes hospitais. Individualmente, observa-se por ano que o valor mais alto transferido a um hospital da AD aproxima-se apenas do valor mais baixo transferido a um hospital contratualizado com uma OS. Diferença que só aumentou nos últimos quatro anos analisados.

Essa tendência de aumento do porte das unidades geridas por OS, em relação aos hospitais da AD, pode se refletir nos resultados alcançados por estas organizações. Com um volume potencial maior para atendimentos e uma quantidade maior de recursos disponíveis, torna-se mais fácil a estas instituições aproveitarem os ganhos de escala existentes.

Quadro 18 – Relação de recursos financeiros por leitos (em milhares de reais)

Hospitais / Ano	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais							
Itapecerica da Serra	527,6	600,4	661,7	553,2	573,5	593,9	588,6
C. Luzia de Pinho Melo	467,1	478,6	526,9	540,2	510,9	551,3	560,5
Est. Mario Covas	424,4	503,6	607,6	553,1	595,3	615,1	605,5
Geral de Pirajussara	444,0	423,1	418,2	418,5	380,5	401,5	401,1
Média	**465,8**	**501,4**	**553,6**	**516,3**	**515,1**	**540,5**	**538,9**
Administração Direta							
Reg. Sul	463,0	449,1	451,2	536,3	489,6	472,8	634,6
Geral De São Mateus	348,4	363,3	388,4	439,7	411,7	392,6	390,0
Reg. Dr V. M Simões	513,5	534,7	551,6	618,2	566,2	550,6	462,1
Guilherme Álvaro	369,2	388,9	428,0	530,8	509,3	465,0	381,4
Ipiranga	488,5	485,3	478,3	548,5	547,9	493,3	439,9
Média	**436,5**	**444,3**	**459,5**	**534,7**	**504,9**	**474,9**	**461,6**
Diferença entre as médias	**29,3**	**57,1**	**94,1**	**-18,4**	**10,2**	**65,6**	**77,3**

Fonte: Dados deste estudo, 2018

A esta possibilidade de aproveitamento do ganho de escala, soma-se, como exposto no quadro 16 que, em média, os hospitais contratualizados tiveram maiores valores de recursos por leito do que os da AD, representando uma condição mais favorável a essas organizações de gerir suas atividades de forma a obter maior resolutividade dos casos se comparados às demais instituições similares.

Devemos, porém, observar que esta vantagem só poderia explicar totalmente a diferença nos resultados obtidos pelos diferentes hospitais se os procedimentos realizados e a divisão dos tipos de tratamento fossem homogêneos. Por isso nas seções seguintes analisaremos a composição dos serviços prestados por estas instituições, com foco nos procedimentos de alta complexidade.

4.3.2 Proporção da alta complexidade nos hospitais

Assim como o porte e o volume de recursos impacta positivamente no desempenho dos hospitais, o nível de especialização no tipo de atendimento prestado também gera ganhos de eficiência nas atividades realizadas (RAMOS, et. al., 2015), hospitais especializados em determinados tipos de atendimento apresentam melhores indicadores de desempenho do que os que maior escopo de serviços.

Quadro 19 – Porcentagem das AIH's pagas na alta complexidade em relação ao total AIH's pagas

Hospitais / Ano	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
Itapecerica Da Serra	0,8%	0,6%	0,8%	1,2%	2,4%	2,9%	3,4%	3,8%	6,2%
C. Luzia.de P. Melo	1,8%	1,9%	2,6%	3,5%	3,2%	4,8%	5,4%	5,5%	9,4%
Est. Mario Covas	5,7%	11,7%	14,0%	21,6%	20,4%	16,2%	19,0%	26,5%	28,1%
G. de Pirajussara	3,7%	5,7%	5,9%	4,2%	6,9%	11,1%	14,4%	13,0%	14,6%
Média	**3,0%**	**5,0%**	**5,8%**	**7,6%**	**8,2%**	**8,8%**	**10,6%**	**12,2%**	**14,6%**
Administração Direta									
Reg. Sul	0,6%	0,7%	1,2%	1,6%	2,1%	2,1%	1,7%	0,9%	0,7%
G. de São Mateus	0,3%	1,0%	0,9%	0,6%	0,8%	0,6%	0,8%	0,9%	1,0%
Reg. Dr V M. Simões	6,1%	2,3%	4,6%	7,5%	7,3%	6,8%	7,6%	7,5%	9,1%
Guilherme Álvaro	4,3%	6,1%	5,8%	6,1%	5,3%	5,7%	4,7%	3,6%	3,3%
Ipiranga	2,8%	2,8%	2,7%	2,4%	2,7%	2,3%	3,3%	3,6%	4,6%
Média	**2,8%**	**2,6%**	**3,0%**	**3,6%**	**3,6%**	**3,5%**	**3,6%**	**3,3%**	**3,7%**
Diferença entre as médias	**0,2%**	**2,4%**	**2,8%**	**4,0%**	**4,6%**	**5,3%**	**7,0%**	**8,9%**	**10,9%**

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Ao analisarmos as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), observa-se que no grupo de hospitais gerenciados por OS a proporção de internações

referentes a alta complexidade é maior do que no grupo da AD. Apesar de em 2008 a diferença ser de apenas 0,2%, em menos de 10 anos essa diferença já superou os 10%. Em 2016 a proporção de AIH na alta aproximadamente 4 vezes maior nos hospitais geridos pelas OS's.

Apesar de quase todos os hospitais elencados terem crescido a participação da alta complexidade em relação ao total de internações, este aumento ocorreu com maior intensidade nos hospitais contratualizados, o que pode ter levado a uma maior especialização neste tipo de serviços, e em consequência nos resultados obtidos.

Quadro 20 – Porcentagem dos valores das AIH's pagas na alta complexidade em relação ao valor total de AIH pagas

Hospitais / Ano	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
Itapecerica Da Serra	2,0%	1,0%	1,0%	2,0%	2,0%	3,0%	4,0%	4,0%	7,0%
C. Luzia de P. Melo	5,0%	5,0%	8,0%	10,0%	10,0%	19,0%	21,0%	20,0%	29,0%
Est. Mario Covas	21,0%	31,0%	37,0%	45,0%	43,0%	43,0%	49,0%	53,0%	53,0%
G. de Pirajussara	13,0%	12,0%	14,0%	12,0%	14,0%	16,0%	15,0%	13,0%	20,0%
Média	**10,3%**	**12,3%**	**15,0%**	**17,3%**	**17,3%**	**20,3%**	**22,3%**	**22,5%**	**27,3%**
Administração Direta									
Reg. Sul	2,0%	1,0%	1,0%	1,0%	2,0%	2,0%	2,0%	1,0%	1,0%
G. De São Mateus	1,0%	4,0%	3,0%	2,0%	3,0%	2,0%	3,0%	3,0%	3,0%
Reg. Dr V.M Simões	11,0%	4,0%	9,0%	15,0%	14,0%	12,0%	14,0%	13,0%	16,0%
Guilherme Álvaro	8,0%	9,0%	10,0%	12,0%	9,0%	11,0%	10,0%	7,0%	8,0%
Ipiranga	6,0%	6,0%	5,0%	6,0%	6,0%	5,0%	7,0%	10,0%	13,0%
Média	**5,6%**	**4,8%**	**5,6%**	**7,2%**	**6,8%**	**6,4%**	**7,2%**	**6,8%**	**8,2%**
Diferença entre as médias	**4,7%**	**7,5%**	**9,4%**	**10,1%**	**10,5%**	**13,9%**	**15,1%**	**15,7%**	**19,1%**

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Analisando os valores recebidos pelas AIH's, uma primeira impressão lógica é que sua trajetória segue a mesma tendência da quantidade de AIH expressas no quadro 17, com uma participação maior da alta complexidade nos hospitais geridos por OS. Porém um fato que deve ser entendido é o porquê das porcentagens e da intensidade de elevação não seguirem o mesmo ritmo em ambos os casos, quantidades e valores.

Há diferentes tratamentos que demandam internações, bem como a geração de AIH's, de modo que cada um destes tratamentos são pagos segundo uma tabela pré-estabelecida pelo Ministério da Saúde como base para a remuneração das

unidades que atendem pelo SUS. Essa diferença faz com que a mesma quantidade de procedimentos realizadas por diferentes hospitais possa gerar volumes de valores financeiros pagos diferentes, uma vez que esses dependem do tipo de atendimento realizado.

Durante todo o período analisado a proporção de recursos referentes a alta complexidade em relação ao total das AIH aumentou de forma mais acentuada nos hospitais geridos via OS, onde é possível observar, comparando os quadros 17 e 18, que a participação no total dos recursos da alta complexidade aumentou em um ritmo superior aos da quantidade de AIH neste nível de atendimento, o que pode sinalizar um aumento na quantidade de internações com procedimentos mais custosos do que ocorre na administração direta.

Quadro 21 – Porcentagem de taxa de ocupação na alta complexidade em relação ao total de permanências.

Hospitais / Ano	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
Itapecerica Da Serra	1,3%	0,5%	0,6%	0,9%	0,5%	0,7%	0,7%	0,6%	0,7%
C. L. de Pinho Melo	2,9%	2,9%	3,9%	5,6%	4,9%	6,8%	7,3%	8,1%	8,1%
Est. Mario Covas	8,6%	22,6%	20,5%	24,2%	25,3%	20,5%	27,9%	25,8%	26,1%
G. de Pirajussara	6,7%	7,8%	7,8%	7,7%	7,7%	8,3%	6,9%	5,3%	6,5%
Média	**4,9%**	**8,5%**	**8,2%**	**9,6%**	**9,6%**	**9,1%**	**10,7%**	**10,0%**	**10,4%**
Administração Direta									
Reg. Sul	1,6%	1,3%	2,2%	2,1%	2,6%	2,7%	2,4%	1,8%	1,3%
Ger. de São Mateus	0,8%	2,1%	1,9%	0,7%	1,1%	0,7%	1,1%	1,0%	0,8%
Reg. Dr V M Simões	10,5%	4,0%	7,7%	12,4%	11,5%	12,1%	10,5%	10,2%	13,2%
Guilherme Álvaro	9,5%	11,3%	10,5%	9,1%	7,1%	6,9%	5,7%	5,1%	4,1%
Ipiranga	5,2%	4,3%	4,5%	4,0%	4,0%	2,9%	3,3%	4,6%	5,5%
Média	**5,5%**	**4,6%**	**5,4%**	**5,7%**	**5,3%**	**5,1%**	**4,6%**	**4,5%**	**5,0%**
Diferença entre as médias	**-0,6%**	**3,9%**	**2,8%**	**3,9%**	**4,3%**	**4,0%**	**6,1%**	**5,5%**	**5,4%**

Fonte: Dados deste estudo, 2018

As permanências também mantêm o padrão de aumento da participação das atividades ligadas a alta complexidade no grupo de hospitais geridos por organizações sociais, enquanto observa-se uma constância nos geridos pela AD. Demostrando que nos hospitais contratualizados, a quantidade de leitos utilizados para tratamentos relacionadas a este nível de complexidade em relação ao total de leitos aumentou, tendo em vista que a permanência é o período de tempo que o paciente permanece em um leito para observação ou tratamento.

Assim nota-se que a heterogeneidade entre ambos os grupos se ampliou durante o período em relação à quantidade de procedimentos na alta complexidade frente ao total das permanências.

Quadro 22 – Porcentagem de diárias na UTI de alta complexidade por total de permanências na alta complexidade.

Hospitais / Ano	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
Itapecerica da Serra	19,1%	2,8%	4,3%	14,8%	3,2%	5,1%	14,2%	10,0%	2,6%
C. L. de Pinho Melo	10,2%	8,1%	12,6%	12,2%	12,2%	13,2%	10,6%	15,5%	10,9%
Est. Mario Covas	22,5%	21,0%	23,9%	23,1%	24,2%	27,9%	24,9%	22,5%	19,4%
G.de Pirajussara	14,0%	8,6%	11,7%	10,3%	14,4%	6,8%	12,3%	13,0%	18,3%
Média	**16,5%**	**10,1%**	**13,1%**	**15,1%**	**13,5%**	**13,3%**	**15,5%**	**15,3%**	**12,8%**
Administração Direta									
Reg. Sul	15,3%	0,3%	3,1%	1,1%	5,9%	0,9%	6,6%	1,5%	3,8%
G. de São Mateus	5,8%	9,5%	8,3%	8,0%	2,7%	6,0%	20,0%	22,8%	20,1%
Reg. Dr VM Simões	2,1%	0,1%	3,4%	5,2%	4,6%	5,5%	9,9%	11,0%	12,7%
Guilherme Álvaro	8,3%	6,2%	8,8%	14,6%	14,2%	10,5%	17,0%	15,1%	20,1%
Ipiranga	2,4%	7,5%	2,2%	1,8%	4,2%	6,7%	6,9%	8,4%	10,2%
Média	**6,8%**	**4,7%**	**5,2%**	**6,1%**	**6,3%**	**5,9%**	**12,1%**	**11,8%**	**13,4%**
Diferença entre as médias	**9,7%**	**5,4%**	**7,9%**	**9,0%**	**7,2%**	**7,4%**	**3,4%**	**3,5%**	**-0,6%**

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Quadro 23 – Porcentagem de diárias na UTI alta complexidade em relação ao total de diárias na UTI.

Hospitais / Ano	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
Itapecerica da Serra	3,0%	0,1%	0,2%	1,0%	0,1%	0,3%	0,8%	0,4%	0,1%
C. L. de Pinho Melo	6,0%	3,8%	7,6%	10,6%	9,7%	14,8%	15,1%	20,0%	13,5%
Est. Mario Covas	16,3%	21,4%	25,1%	28,6%	26,2%	26,9%	29,5%	30,3%	26,9%
G. de Pirajussara	9,4%	6,9%	10,0%	9,3%	12,3%	6,3%	7,9%	6,4%	12,9%
Média	**8,7%**	**8,1%**	**10,7%**	**12,4%**	**12,1%**	**12,1%**	**13,3%**	**14,3%**	**13,4%**
Administração Direta									
Reg. Sul	2,9%	0,0%	0,7%	0,2%	1,6%	0,3%	2,4%	0,3%	0,6%
G. de São Mateus	0,8%	1,9%	1,6%	0,6%	0,3%	0,4%	1,9%	2,0%	1,6%
Reg. Dr VM Simões	7,4%	0,2%	8,6%	16,7%	13,8%	11,7%	16,6%	17,0%	18,2%
Guilherme Álvaro	7,8%	5,4%	7,5%	10,5%	6,9%	4,5%	5,5%	4,3%	4,8%
Ipiranga	2,5%	7,3%	2,5%	1,5%	3,2%	3,7%	3,1%	6,1%	8,0%
Média	**4,3%**	**3,0%**	**4,2%**	**5,9%**	**5,2%**	**4,1%**	**5,9%**	**5,9%**	**6,6%**
Diferença entre as médias	**4,4%**	**5,1%**	**6,5%**	**6,5%**	**6,9%**	**8,0%**	**7,4%**	**8,4%**	**6,8%**

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Na análise dos indicadores relacionados às Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), enquanto o total de leitos utilizados para atendimentos na UTI de alta complexidade cresceu em quase todos os hospitais da AD, chegando a dobrar a média no período; as unidades gerenciadas por OS's, apesar da variação, mantiveram-se em torno de 13,4% (com variação máxima de 3% dependendo do ano), sem apresentar nenhuma tendência de mudança.

Ao se analisar, contudo, apenas a alta complexidade dentro dos atendimentos na UTI, nas OS a alta complexidade apresentou uma tendência de crescimento mais acentuada do que nas instituições geridas pela AD. Sendo a média no grupo dos hospitais contratualizados mais que o dobro da média do outro grupo.

Estes dados mostram que apesar da estabilidade na quantidade de atendimentos na UTI nas OS em relação às permanências, os procedimentos na alta complexidade têm se elevado neste tipo de serviço. Ao contrário do que ocorreu na AD, que mesmo com a elevação de internações na UTI, o peso dos atendimentos de maior complexidade pouco se alterou (variação menor que 2,5% em 9 anos).

4.3.3 Indicadores operacionais

Nesta seção apresentam-se os indicadores desenvolvidos com base nos dados disponíveis nos portais da transparência estadual, que buscam aferir o nível de eficiência em relação a alguns aspectos das atividades realizadas pelos hospitais, com foco nas ações na alta complexidade.

Como não foi possível separar a quantidade de leitos por nível de complexidade, optou-se por calcular o índice de média de ocupação utilizando seu valor total, indicando a quantidade média de atendimentos realizados por ano em cada leito. Este indicador aponta que quanto maior a quantidade de permanências, menor o tempo médio de cada umas.

Esse tempo menor de permanência pode indicar um período mais curto para o tratamento, com menor consumo de recursos, assim como menores probabilidades de infecção hospitalar e maiores chances de leitos disponíveis (RAMOS, et al, 2015), de modo que as OS apresentam resultado superior, ainda se levarmos em consideração que nestas instituições a quantidade de tratamentos

relacionados a alta complexidade é proporcionalmente maior do que nos hospitais da AD selecionados para o trabalho.

Em 2013, essa diferença das médias entre os grupos foi de mais de 60 permanências por leito, representando um uso mais eficientes dos recursos devido uma rotatividade maior em relação à capacidade existente para tratamentos, mesmo apresentando uma proporção maior de atendimentos na alta complexidade, no qual se esperaria períodos maiores de permanência.

Quadro 24 – Média de internações por leitos ao ano.

Hospitais / Ano	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
Itapecerica Da Serra	258,6	287,7	296,4	287,3	295,5	293,4	296,6	299,8	298,2
C. L. de Pinho Melo	292,2	333,9	336,0	349,7	332,4	346,2	338,4	354,6	356,9
Est. Mario Covas	217,0	209,4	242,7	230,1	221,4	209,2	220,6	220,0	226,3
Geral de Pirajussara	281,8	259,5	272,9	265,3	246,6	257,4	263,3	249,6	264,8
Média	**262,4**	**272,6**	**287,0**	**283,1**	**274,0**	**276,6**	**279,7**	**281,0**	**286,6**
Administração Direta									
Reg. Sul	212,6	273,0	304,5	255,8	259,4	223,3	247,0	223,0	343,4
Geral De São Mateus	196,5	128,0	190,6	226,2	210,8	158,0	145,0	186,8	219,3
Reg. Dr V. M Simões	177,9	200,6	214,9	230,8	212,4	211,4	225,5	206,3	173,2
Guilherme Álvaro	201,6	246,0	256,6	256,8	214,9	224,5	245,7	250,2	229,8
Ipiranga	278,5	332,7	300,5	258,1	251,6	249,3	254,7	266,7	277,0
Média	**213,4**	**236,1**	**253,4**	**245,5**	**229,8**	**213,3**	**223,6**	**226,6**	**248,5**
Diferença entre as médias	**49,0**	**36,5**	**33,6**	**37,6**	**44,2**	**63,3**	**56,1**	**54,4**	**38,1**

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Quadro 25 – Proporção de óbitos na alta complexidade em relação ao total AIH's na alta complexidade

Hospitais / Ano	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
Itapecerica da Serra	9,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,0%
C. L. De P. Melo	11,1%	6,8%	7,5%	7,3%	9,5%	9,1%	8,4%	8,9%	7,1%
Est. Mario Covas	5,9%	5,4%	4,9%	3,9%	3,5%	4,6%	5,2%	3,0%	2,8%
G. de Pirajussara	8,2%	4,1%	4,1%	5,3%	3,0%	3,2%	1,8%	1,3%	2,3%
Média	**8,6%**	**4,1%**	**4,1%**	**4,7%**	**4,1%**	**4,3%**	**3,9%**	**3,3%**	**3,1%**
Administração Direta									
Reg. Sul	28,1%	22,7%	24,4%	6,5%	4,1%	3,7%	3,2%	3,8%	8,6%
G. de São Mateus	14,3%	17,9%	12,8%	9,5%	8,6%	15,4%	12,8%	9,2%	8,2%
Reg. Dr V M Simões	17,9%	18,7%	22,5%	25,0%	20,6%	22,6%	21,6%	27,8%	24,7%
Guilherme Álvaro	18,2%	13,7%	13,9%	8,7%	8,6%	8,6%	7,8%	9,4%	9,2%
Ipiranga	7,4%	9,5%	5,5%	4,3%	2,2%	2,3%	4,1%	4,0%	2,6%
Média	**17,2%**	**16,5%**	**15,8%**	**10,8%**	**8,8%**	**10,5%**	**9,9%**	**10,8%**	**10,7%**
Diferença entre as médias	**-8,6%**	**-12,4%**	**-11,7%**	**-6,1%**	**-4,7%**	**-6,2%**	**-6,0%**	**-7,5%**	**-7,6%**

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Quadro 26 – Porcentagem de óbitos na alta complexidade em relação ao total de permanências na alta complexidade

Hospitais / ano	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
Itapecerica da Serra	1,5%	0,0%	0,0%	0,8%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,0%
C. L de Pinho Melo	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,7%
Est. Mario Covas	1,7%	3,4%	2,6%	2,1%	2,2%	1,4%	1,8%	1,2%	1,3%
G. de Pirajussara	0,8%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,4%	0,2%	0,1%	0,3%
Média	**1,0%**	**0,9%**	**0,8%**	**0,9%**	**0,8%**	**0,6%**	**0,7%**	**0,5%**	**0,6%**
Administração Direta									
Reg. Sul	1,9%	1,9%	2,0%	0,8%	0,5%	0,4%	0,3%	0,3%	0,8%
G. de São Mateus	1,1%	2,0%	1,1%	1,6%	1,2%	2,1%	1,4%	1,2%	1,5%
Reg. Dr V. M. Simões	1,3%	1,3%	1,7%	2,1%	1,8%	1,6%	1,9%	2,2%	1,8%
Guilherme Álvaro	1,0%	0,9%	1,0%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%
Ipiranga	0,6%	1,0%	0,5%	0,5%	0,3%	0,3%	0,7%	0,6%	0,4%
Média	**1,2%**	**1,4%**	**1,3%**	**1,1%**	**0,9%**	**1,1%**	**1,0%**	**1,1%**	**1,1%**
Diferença entre as médias	**-0,2%**	**-0,5%**	**-0,5%**	**-0,2%**	**-0,1%**	**-0,5%**	**-0,3%**	**-0,6%**	**-0,5%**

Fonte: Dados deste estudo, 2018

A proporção de óbitos na alta complexidade em relação ao total AIH's e de permanências na alta complexidade buscou medir a taxa de mortalidade hospitalar média, a porcentagem de pacientes que falecem durante o período que permanecem no hospital para tratamento. Este é um indicador importante que reflete a resolubilidade e qualidade da assistência prestada (RAMOS, et al, 2015).

No indicador de mortalidade referente ao total de internações realizadas, com base nas AIH's, observa-se uma evolução positiva tanto nos hospitais geridos por organizações sociais como por aqueles da AD, podendo indicar um avanço na qualidade dos serviços prestados por ambos os grupos, o que pode representar acúmulo de conhecimento por parte das equipes de saúde para a execução destas atividades. Porém a média do grupo gerido pela AD é no mínimo o dobro da do grupo dos hospitais contratualizados, durante o período analisado, mesmo a proporção de atividades na alta complexidade serem menores nos hospitais geridos pelo governo.

Já a taxa de mortalidade em relação ao total de permanências apresenta uma diferença mínima entre os grupos, porém com os hospitais geridos por OS

mantendo um melhor resultado. Como nem toda permanência representa a realização de uma internação, a quantidade de procedimentos que podem ser considerados de baixo risco, mesmo na alta complexidade, é maior do que só se analisada as AIH's, explicando assim a diferença das taxas de mortalidade de ambos os indicadores.

Todavia, em estudos que utilizaram o mesmo indicador, observou-se uma relação inversa entre o total de atendimentos realizados e a proporção de óbitos, apontando para um efeito positivo devido ao aumento do nível de especialização das equipes de saúde na execução de determinados tratamentos (RAMOS, et al, 2015). Nesta consideração, aceitamos a hipótese de que o maior volume de procedimentos realizados na alta complexidade pelos hospitais geridos pelas OS explicam esta diferença observada no indicador de mortalidade.

4.4 Análise Envoltória de Dados (*DEA*)

Como base estudos que utilizam *inputs* e *outputs* para analisar o nível de eficiência em unidades hospitalares (SIQUEIRA; et. al., 2017), foram selecionados quatro indicadores de insumo (valores liquidados pelo Estado de São Paulo, quantidade de autorizações de internação hospitalar (AIH) na alta complexidade, quantidade de atendimentos na UTI na alta complexidade, e quantidade de leitos hospitalares) e dois indicadores de produtos (média de permanência por leito, e taxa inversa dos óbitos de pacientes em serviços de alta complexidade). Os indicadores de insumos representam a capacidade financeira e de produção de cada hospital analisado, independente do modelo de gestão, e os indicadores de produtos expõe os resultados desejados pela população referente as atividades realizadas por estas instituições (RAMOS; et al, 2015).

Para a análise de eficiência dos hospitais foi utilizado o modelo orientado para a maximização dos *outputs* (produtos), ou seja, dada a quantidade de *inputs* (insumos) utilizados, calculou-se qual a quantidade máxima de produtos que poderiam ser conseguidos, dados as relações existentes no grupo estudado entre ambos os indicadores.

Foram analisados sete anos (2010 a 2016) para a realização da análise de eficiência pelo *DEA*, de modo que fosse possível expor os efeitos de longo prazo das ações realizadas durante o período (ROCHA; GIUBERTI, 2007).

A elaboração dos dados foi realizada através do programa RStudio, utilizando o CRAN “Package ‘r*DEA*’ ” de 2016 para o cálculo dos indicadores da análise envoltória de dados. Os resultados apresentados são os referentes ao DATA_NAIVE, valor orientado para a minimização de custos. Os resultados obtidos foram tabelados utilizando o programa Excel 2016 do Microsoft Office.

Os valores obtidos estão em escala entre 0 e 1, com 0 o máximo da ineficiência e 1 o máximo da eficiência, sendo exposto a seguir os valores até a terceira casa decimal.

Quadro 27 – Scores do *DEA* referente aos hospitais por ano

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Administração Direta							
Hospital Geral de São Mateus	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,895
Hospital Guilherme Alvaro	0,855	0,899	1,000	0,914	0,849	0,822	0,921
Hospital Ipiranga	0,855	1,000	1,000	1,000	0,868	0,817	0,920
Hospital Regional Dr Vivaldo Martins Simões	1,000	0,985	1,000	0,878	0,696	0,931	1,000
Hospital Regional Sul	0,686	0,900	0,908	1,000	1,000	1,000	0,750
Organizações Sociais							
Hospital Clinicas Luzia de Pinho Melo	0,796	0,835	0,666	0,663	0,664	0,617	0,611
Hospital Estadual Mario Covas	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Hospital Geral Pirajussara	1,000	1,000	1,000	0,873	0,937	0,925	1,000
Hospital Itapecerica Da Serra	1,000	0,862	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

Fonte: Dados deste estudo, 2018

Observando os resultados obtidos na análise dos dados de 2010, três dos quatro hospitais geridos por Organizações Sociais conseguiram atingir o nível máximo de eficiência técnica com score igual a 1 (75% do grupo); enquanto que no grupo dos hospitais administrados diretamente pelo Estado, dois dos cinco hospitais selecionados (40% do grupo), conseguiram atingiu o nível máximo de eficiência.

Nos anos seguintes, foi possível constatar que, apesar dos hospitais da administração direta apresentarem evolução positiva no seu desempenho durante o período (indicadores dos dois últimos anos superior ao dos dois primeiros), apenas um dos cinco hospitais conseguiu manter um índice máximo de eficiência por mais da metade do período (4 anos ou mais).

Em relação aos hospitais geridos por OS, com exceção de um, que apresentou uma queda no seu nível de eficiência (único caso no estudo), os demais hospitais conseguiram atingir nível máximo em mais de 60% do período, demonstrando uma consistência na evolução do indicador destes hospitais.

Vale destacar que mesmo os resultados estando próximos ao valor máximo (1), a literatura esclarece que em uma pequena amostra, qualquer ruído nos resultados do *DEA* é suficiente para constatar a ineficiência (PRASETYO; ZUHDI, 2013).

Desta forma, é possível considerar que no período analisado, com base nos hospitais presentes no estudo, o modelo de gestão via organizações sociais é um fator que gerou resultados positivos na eficiência destes hospitais, em comparação a administração direta, tendo em vista os melhores resultados obtidos através do *DEA*.

Porém, é importante ressaltar que foi possível constatar uma melhora na eficiência de todos os hospitais da administração direta no período, uma vez que todos alcançaram, em pelo menos um dos anos do período de sete anos, o nível máximo de eficiência, de modo que é possível inferir que o modelo de gestão não é um limitante para o nível eficiência destas instituições, porém é um fator que impacto os resultados obtidos.

Outro ponto a ser observado é que o conceito de eficiência aqui utilizado refere-se a otimização dos recursos, ou a obtenção dos melhores resultados dados os insumos utilizados. De modo que se faz importante a ressalva que entre os hospitais analisados, aqueles geridos via OS apresentam, na média, uma quantidade maior de recursos (financeiros e leitos) que os da administração direta, o que contribui para os resultados obtidos, dados os ganhos de escala existentes em unidades hospitalares.

4.5 Discussão dos dados

Para o trabalho utilizou-se dados quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos expuseram a produtividade dos hospitais, como procedimentos realizados e quantidade de AIH's, informações financeiras sobre os recursos destinados a estas instituições, e a qualidade dos serviços prestados, como

mortalidade e rotatividade dos leitos. Com os dados analisados através da comparação de médias entre os grupos e pelo cálculo de eficiência pelo DEA.

Os dados qualitativos correspondem ao conteúdo dos contratos analisados, com a descrição de sua estrutura e a análise através do software IRAMUTEQ, onde levantou-se os pontos que indicaram sua relação com a gestão por resultados no modelo de contratualização de serviços.

A análise dos dados apresentados nas seções anteriores referentes ao conjunto dos hospitais selecionados para o estudo aponta para uma maior eficiência nos hospitais geridos por organizações sociais frente aos que se mantém na administração direta.

A quantidade de oculpação dos leitos por ano foi na média do período 20% maior nos hospitais geridos por organizações sociais em relação aos hospitais da AD, representando aproximadamente 45,8 internações a mais por leito nos hospitais delegados ao terceiro setor. Indicando uma maior utilização destes equipamentos para a realização de internações, apresentando uma maior produtividade.

A taxa de óbitos nas internações na alta complexidade no período analisado foi 63% menor nos hospitais delegados à OS comparados aos da AD. Em relação ao total de permanências, essa diferença foi de 33%, com maior taxa de óbitos na administração direta. Expressando assim uma maior resolubilidade dos casos tratados.

Resultados similares foram encontrados em outros estudos realizados sobre o mesmo tema (BARBOSA; ELIAS, 2010), apontando para uma vantagem competitiva deste modelo em relação a administração direta.

Em Sano e Abrucio (2008), a gestão das OS no estado de São Paulo apresentam uma maior eficiência e eficácia nos resultados obtidos em relação aos gastos públicos, principalmente em relação as instituições hospitalares, uma vez que apontam o estado de São Paulo com o ente que mais avançou nos princípios da *New Public Management*, em especial a flexibilização administrativa e fortalecimento da *accountability*. Os mesmos autores apontam outros estudos que demostram que estes hospitais têm uma capacidade maior de prestar serviços com uma quantidade de recursos similares aos hospitais da AD; que as taxas de mortalidade nestas instituições são menores; que do grupo dos hospitais mais eficientes do estado, 90%

eram geridos por OS; e que apresentavam custos menores do que os demais hospitais (SANO; ABRUCIO, 2008).

Em estudo realizado comparando as metas contratualizadas em relação aos resultados obtidos entre 1999 e 2000 (IBAÑEZ; et al, 2001), conclui-se que todos os objetivos contratualizados presentes nos anexos dos contratos de gestão foram alcançados de maneira satisfatória em todos os hospitais geridos por OS, indicando o nível de eficiência nestas instituições.

Rodrigues, et al (2014), ao compararem um conjunto de indicadores financeiros e de quantidade e qualidade dos serviços, apontaram que de forma geral os hospitais do estado de São Paulo administrados por organizações sociais apresentavam melhor desempenho e maior produtividade do que os da administração direta

Ao se analisar os resultados obtidos através do *DEA* observam-se também melhores resultados nos hospitais geridos via organizações sociais, tendo em vista que três, dos quatro hospitais analisados, obtiveram índices máximos de eficiência durante a maior parte do período, enquanto que no caso da administração direta, apenas um conseguiu atingiu o nível máximo de eficiência na maior parte do período.

Parte destes resultados podem ser explicados pela adoção do contrato de gestão nestes hospitais, buscando aumentar a eficiência destas instituições através da delegação e da flexibilização do uso de seus recursos, com base em metas, indicadores e objetivos a serem alcançados. Conclusão similar à de outros autores pesquisados (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014; BARBOSA; ELIAS, 2010; VALENTE, 2010).

Conjuntamente podemos apontar a diferença no porte destes hospitais, assim como os recursos financeiros disponíveis e a especialização, como fatores relacionados ao nível de eficiência superior alcançado pelos hospitais geridos por Organizações sociais. No período analisado os hospitais geridos por OS's apresentaram uma quantidade de leitos 11% maior do que os hospitais da AD, 26,3 leitos a mais por hospital, com tendência de aumento desta diferença.

Os recursos financeiros transferidos a estes hospitais foram no período 23,3% maiores para o grupo de hospitais delegados à OS's, uma diferença média de 25,3 milhões de reais em relação aos hospitais administrados pela SES. Isso se

reflete na média dos recursos financeiros por leitos, onde são 10% menores na AD, com aproximadamente R$:45 mil a menos por leito do que nos hospitais geridos pelas OS's.

Também se observou uma participação maior da alta complexidades nos hospitais geridos por OS's. A porcentagem de permanências na alta complexidade em relação ao total de permanências foi cerca de 80% maior nos hospitais delegados a organizações sociais, indicando uma proporção maior de atendimentos neste nível de complexidade do que nos hospitais da AD. Esta diferença se amplia se considerarmos os atendimentos na alta complexidade na UTI e as internações realizadas, na qual esta diferença fica em torno de 140%, expondo uma quantidade maior de procedimentos de alta complexidade nos hospitais delegados à OS.

Mesmo em condições de igualdade em relação às técnicas utilizadas e aos serviços prestados, hospitais maiores apresentam gastos médios menores e uma taxa de resolubilidade de problemas maior devido ao ganho de escala e maior especialização, como apontado por Ramos, et al (2015):

> hospitais de grande porte apresentam ganhos em eficiência de escala em decorrência do maior podem determinar maiores gastos e redução na eficiência. volume de atendimentos e da menor incerteza inerente à provisão de recursos. Esses hospitais apresentam maiores taxas de ocupação e necessitam de menores reservas para períodos de pico. Além disso, exercem maior poder de barganha junto a fornecedores e, muitas vezes, experimentam eficiência por meio da especialização em determinados diagnósticos e procedimentos. (RAMOS, *et al*, 2015, p. 7)

Também foram encontrados estudos que não demostraram grandes diferenças entre os resultados obtidos por estes hospitais em relação ao modelo de gestão. Como Barbosa, Eduardo e Elias (2008), que encontraram taxas médias de permanências muito próximas entre as instituições analisadas, e Ramos, et al (2015), que através de análise dos hospitais sobre diferentes perspectivas, apontaram não haver diferenças significativas relacionados ao modelo de gestão adotado em relação aos resultados obtidos pelos hospitais (OS ou AD).

Porém em nenhum dos estudou analisados apresentou-se uma superioridade da administração direta frente a gestão das organizações sociais, observando deste modo que os hospitais geridos pela SES obtinham sempre um

desempenho similar ou inferior em relação aos que foram delegados a entidades privadas não lucrativas.

Soma-se a isso o fato que todos os hospitais geridos via OS's selecionados no estudo apresentarem algum nível de acreditação, nacional ou internacional, enquanto que não foi encontrada nenhuma informação referente a acreditação ou certificação dos hospitais geridos via administração direta, o que pode também sinalizar uma diferença referente a qualidade dos processos e dos resultados obtidos por estas instituições.

Desta forma os resultados obtidos neste estudo vão ao encontro dos estudos apontados, ao indicar a obtenção de melhores resultados nos hospitais geridos via Organizações Sociais, neste caso em relação à média de ocupação dos leitos e a taxa de mortalidade na alta complexidade.

5 CONCLUSÕES

O objetivo central deste trabalho foi realizar uma análise da eficiência dos hospitais de alta complexidade do Estado de São Paulo geridos via administração direta e por organizações sociais. Para isso foram utilizados dados financeiros, de produtividade e de qualidade do atendimento prestado pelos hospitais selecionados para o cálculo do nível da eficiência, utilizando a Análise Envoltória de Dados (DEA), e a descrição do conteúdo dos contratos de gestão firmados entre o Estado e as Organizações Sociais conjuntamente com a análise de seu conteúdo utilizando o software IRAMUTEQ

Reconhecemos a impossibilidade de generalizar os resultados alcançados no trabalho para outros estados ou outras instituições, devido às características dos hospitais aqui estudados, porém acreditamos na possibilidade de os resultados apresentados poderem indicar uma tendência para casos similares ao analisado. As principais características das unidades hospitalares que impõem esta limitação no estudo são o porte e tipo de atendimento, bem como os fatores de ordem política ligados ao governo do Estado de São Paulo, que largamente utilizou a contratualização com Organizações Sociais nas últimas décadas para a gestão destes hospitais.

Porém, acreditamos na contribuição deste trabalho no debate sobre as possibilidades de aplicação de recursos públicos destinados ao SUS, na efetivação do direito à saúde e no aprofundamento do debate referente aos possíveis modelos de gestão de instituições do setor público, principalmente após as reformas gerenciais da década de 1990.

Em relação ao objetivo principal, fazer uma análise da eficiência de hospitais públicos que atuam no atendimento de alta complexidade no Estado de São Paulo que atendem o SUS e são geridos via administração direta ou por Organizações Sociais, via contrato de gestão, observou-se no conjunto de dados analisados, que os hospitais geridos por OS's apresentaram melhores resultados comparados aos geridos via administração direta. Resultado semelhante aos apontados em outros documentos e estudos, como Rodrigues et al (2016) e Sano e Abrucio (2008). Porém os motivos que conduzem a estes resultados não devem ser resumidos a conclusão que a Organização Social é mais eficiente que o Estado, pois é reflexo de um conjunto mais amplo de fatores.

O primeiro, e mais marcante, foi a adoção do contrato de gestão. Mudando a lógica da gestão com base em procedimentos, modelo burocrático, a adoção do contrato de gestão permite introduzir objetivos e metas, assim como formas de acompanhamento e avaliação destas, podendo o gestor ser recompensado ou punido de acordo com os resultados alcançados. Isso refletiu-se em uma melhora na forma como os recursos eram utilizados nestas instituições, de modo que a SES de São Paulo passou a implementar em algumas unidades da administração direta os termos de compromisso, com base na lógica dos contratos de gestão, decorrente desta experiência com as OS (BARBOSA; EDUARDO; ELIAS, 2008).

Porém, somente a adoção de contratos, descolado de mudanças de mentalidade na forma de gestão, não garante que sejam alcançados melhores resultados (FERREIRA JUNIOR, 2003). Resultados estes que foram possíveis graças ao acúmulo de experiência na gestão destes contratos pelo estado de São Paulo nas últimas décadas (JUNIOR, NASCIMENTO; COSTA, 2011), através da criação da Coordenação de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS), as mudanças nas formas de financiamento, as transformações sofridas nos próprios contratos, a adoção de métodos de monitoramento e avaliação, e o crescimento constante durante o período da utilização deste modelo de gestão no estado.

O segundo fator é a estrutura jurídica a que cada instituição está submetida, fugindo assim do controle do gestor responsável. As Organizações Sociais, entidades privadas sem fins lucrativos, por não serem completamente regidas segundo as Leis do Direito Administrativo, apresentam uma flexibilidade maior na utilização dos seus recursos, em especial os relativos à contratação de funcionários e aquisição de bens e serviços (BARBOSA; EDUARDO; ELIAS, 2008). Porém, que pese também neste fato o aumento da terceirização, que em alguns hospitais chegaram a marcas próximas a 80% dos gastos totais (IBAÑEZ; et al, 2001). Más, não estão isentas de serem auditadas por órgãos de controle externo do setor público, haja vista a CPI sobre estes hospitais na Assembleia do Estado de SP (ALESP, 2018).

Terceiro, a experiência de gestão acumulada. Apesar da administração direta gerenciar diferentes unidades de saúde a décadas e já contar com um acúmulo de experiência neste quesito, ainda está fortemente ligada ao modelo burocrático e ao direito administrativo. As OS's que passaram a gerir hospitais

públicos já tinham, no mínimo, 5 anos de experiência comprovada de gestão neste tipo de unidade de saúde, em um contexto de concorrência por recursos com outras instituições quando os primeiros contratos de gestão entre o estado e as OS foram assinados. Utilizando mais os instrumentos de gestão e de qualidade na busca de seus objetivos do que os hospitais da administração direta (BAGGENSTOSS; DONADONE,2017). Porém, com isso não queremos dizer que os administradores ligados à OS sejam melhores, mais capacitados ou superiores em qualidades gerenciais aos do setor público, mas sim, que as ferramentas de gestão ainda não são utilizadas na gestão pública como o são pelo setor privado (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2017), apesar dos avanços alcançados neste sentido, como por exemplo o termo de compromisso, exposto anteriormente e a melhora dos indicadores de qualidade e dos índices do *DEA* apresentados no trabalho.

Em quarto, as características próprias dos hospitais. Como fora apresentado, instituições hospitalares evidenciam ganhos de escala em relação a seu porte, medido pela quantidade de leitos disponíveis (MENDES, 2011) e pelo nível de especialização no tipo de atendimento prestado (RAMOS, et. al., 2015). Como demostrado nos dados levantados, enquanto a média de leitos nos hospitais geridos por OS's aumentou durante o período analisado, os da administração direta apresentaram uma queda; e considerando que os hospitais contratualizados pós 1998 já se encontravam no movimento global de aumento do porte destes hospitais com a busca do aumento da eficiência, é plausível considerar que a diferença de tamanho entre as instituições se reflita de algum modo em seus resultados. Soma-se a isso que o grupo dos hospitais estudados geridos por organizações sociais apresenta um volume maior de atividades ligadas à alta complexidade do que os da administração direta, de modo que também seja possível presumir um ganho devido à maior especialização nestas atividades.

Outro ponto relacionado a características destes hospitais que impactam na eficiência, porém que não foi possível abordar neste trabalho, é o impacto da idade do hospital e da estrutura física existente, pois reconhece-se que nestes casos, hospitais mais recentes apresentam uma estrutura já adequada para a instalação e o funcionado de acordo com padrões atuais de cuidados à saúde, enquanto que instituições mais antigas apresentam maiores limitações estruturais (como

distribuição irregular das salas ou tubulação de gases e líquidos inexistentes), impactando assim na sua eficiência.

Deste modo, o resultado observado neste trabalho não deve ser atribuído a um fator isolado, mas a um conjunto de fatores que se inter-relacionam. Porém, dados os objetivos e natureza dos dados utilizados neste trabalho, não foi possível calcular quais destes, ou se outros não identificados, tem maior ou menor peso na explicação destes resultados.

Os motivos pelos quais o modelo de gestão via contratos com organizações sociais ter se desenvolvido em São Paulo foram que: i) o estado já buscava novos modelos de gestão para os hospitais estaduais desde a década de 70, de modo que as mudanças na legislação ocorridas nos anos seguintes fizeram com que estas mudanças se focassem mais na transferência destes serviços para o setor privado (GOMES, 2005); ii) as limitações legais relacionadas à contratação de recursos humanos e limites de gastos com salários não permitiam a operacionalização dos novos hospitais finalizados nos anos 1990, de modo que a transferência da gestão destas unidades visava em parte contornar este problema (SANO; ABRUCIO, 2008); e iii) a existência no estado de organizações privadas com capacidade de assumir a gestão destes hospitais e que podiam qualificar-se como organizações sociais (BARATA; MENDES, 2006).

Assim, apesar de já existir no estado de São Paulo ações que buscavam aumentar a eficiência e controlar os custos nestas instituições, de modo que a parceria com as OS's não pudesse ser vista como uma iniciativa isolada nesta questão, foi a necessidade de contornar a legislação que limitavam os gastos com pessoal, para colocar em operação os novos hospitais, que deu o principal impulso na decisão de transferir a gestão destas unidades para o setor privado, apoiando-se na existência de organizações que poderiam assumir este papel.

Ao se analisar os contratos de gestão firmados entre o governo do estado de São Paulo com as Organizações Sociais que passaram a gerenciar os hospitais, observou-se que poucos pontos variam entre os contratos. O financiamento é realizado de acordo com um valor pré-determinado, com as quantidades mínimas para cada procedimento, com repasses de 90% do total em parcelas mensais, e o restante de acordo com os objetivos e metas operacionais, volume de atendimentos, e qualidade da assistência. A avaliação e o monitoramento destas instituições são

realizados de acordo com a LC nº 846/1998, pelo Conselho Estadual de Saúde, pela Assembleia Legislativa, pelo Tribunal de Contas e pelo Ministério Público, não havendo nada em específico dentro do contrato sobre este ponto.

Contudo, estão presentes nos contratos meios para buscar a humanização e a qualidade do atendimento à população, o que junto com a remuneração variável, demostrando uma preocupação na criação de meios para incentivar o hospital no aumento da eficiência e na busca da qualidade (SANO; ABRUCIO, 2008).

Nos contratos não é expressa a relação hierárquica entre a Organização Social e o poder público, o que apresentada como uma relação de direitos e obrigações de ambas as partes, porém observou-se que em nenhum ponto abordando possibilidade de sanções a contratante devido ao não cumprimento de suas obrigações descritas na clausula terceira, o que pode ser entendida como uma falha dentro do modelo de gestão por resultados.

Além disso, a falta da descrição dos recursos físicos transferidos para a Organização Social, tratados genericamente apenas pelo nome do hospital, é um limitante para o monitoramento e a avaliação dos resultados alcançados em relação ao total dos recursos delegados.

O financiamento em dois blocos (fixo e variável) mostrou-se como um importante instrumento indutor para na busca dos objetivos contratualizados, ao atrelar o financiamento do hospital ao atingimento das metas (tanto de produção como de qualidade), criou-se um incentivo positivo para a melhoria nestas instituições.

O monitoramento e avaliação é apresentado como realizado por diferentes órgãos (câmara legislativa, secretaria da saúde, tribunal de contas) e através de documentos da execução fiscal e da produção destas instituições. Porém, não foi identificado uma má avaliação por algum destes órgãos como motivo para uma possível suspensão do contrato. Porém a falta de descrição dos recursos materiais delegados a Organização Social para execução das atividades contratualizadas, sendo indicadas apenas de forma genérica pelo nome do hospital, além de demonstrar uma falta de transparência neste ponto, dificulta a realização de um monitoramento mais detalhado da execução das atividades e uma avaliação dos resultados.

Pela análise do conteúdo textual dos contratos e respectivos adendos, com o uso da ferramenta IRAMUTEQ, foi possível observar uma relação entre os grupos de conjuntos de palavras azul escuro e roxo, indicando a existência de um forte vínculo entre os termos “Contrato”, “Gestão” e “Indicador”, com este último relacionado a “meta”, “qualidade”, “avaliar” e “produção. O que representa e indica que as questões ligadas à gestão por resultados estão presentes e bem delimitadas nos diversos textos.

Em relação às metas e objetivos, observou-se um fator significante por parte do Estado de São Paulo na busca da melhoria dos serviços, o uso de indicadores de qualidade e a obrigatoriedade de ações de humanização dos serviços, com estas utilizadas em conjunto com os indicadores de produtividade para serem usadas de base para o monitoramento e financiamento das ações desenvolvidas nos hospitais.

Com base nas informações disponíveis nos portais da transparência do estado de São Paulo, foi possível elaborar indicadores que medissem algumas perspectivas do desempenho dos hospitais estudados. Apesar de não ser possível com os dados disponíveis realizar um estudo em profundidade destas instituições, como análise de custos, atividades por tipo de tratamento, uso dos recursos por serviço prestado ou detalhamento dos recursos humanos.

Utilizando o número de leitos, os recursos aplicados, a quantidade de permanências, de internações na UTI e dados das AIH’s e de óbitos, divididos por nível de complexidade em sua maioria, conseguiu-se realizar uma análise que indicasse o nível de eficiência das atividades realizadas por estas instituições e com isso comparar ambos os grupos. Deste modo com base nas informações disponíveis à população, foi possível elaborar indicadores capazes de medir algumas perspectivas do desempenho destas instituições.

No entanto, apesar dos avanços que a contratualização com OS’s apresentou para a gestão dos hospitais, devemos também ter em mente suas limitações, para não cairmos no erro de considerarmos que o melhor caminho seria a transferência de todas estas instituições para serem geridas pelo setor privado não lucrativo.

A gestão destes hospitais por OS’s permitiu a introdução e consolidação de novos instrumentos de gestão no setor público, servindo de laboratório para experiências de gestão (JUNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011). Estas

experiências posteriormente migraram para as adotadas na própria administração direta, como os termos de compromisso. Além disso, permitiu que entidades com larga experiência na gestão de hospitais no setor privado, alguns considerados como modelos, usassem seu conhecimento para aperfeiçoar os serviços prestados no SUS gerando reflexos positivos para a população (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2014).

Alguns pontos, porém, devem ser levantados referentes aos limites deste modelo. O primeiro deles, a existência de instituições preparadas para assumir a gestão. Como apontado no caso de São Paulo, a existência de entidades que já prestavam aqueles serviços possibilitou a rápida adoção do modelo; caso não haja na região entidades com conhecimento sobre os serviços prestados, dificilmente se observará resultados positivos na adoção da contratualização de serviços.

O segundo ponto, que a delegação dos serviços deve estar acompanhada de uma mudança na mentalidade no gestor público. A simples transferência sem a criação de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação da contratualização de serviços firmados, assim como a falta de incentivo para a melhoria dos serviços por estas instituições, gerará pouca ou nenhuma mudança, podendo até ser prejudicial.

O terceiro, que a contratualização, apesar de buscar o aumento da eficiência nos hospitais, principais centros de custos na área da saúde, não traz soluções para a crise financeira do SUS, pois não diminui a quantidade de recursos usados ou gera novas fontes de financiamento (FERREIRA JUNIOR, 2003). Assim, a transferência deve ser uma transformação no modo de gestão e não uma “válvula de escape” para as contas públicas ou *déficits* momentâneos (SANO; ABRUCIO, 2008)

Desta forma os resultados deste trabalho apontam para uma maior eficiência dos hospitais geridos por organizações sociais em comparação a administração direta, resultado semelhante a outras pesquisas apontados neste trabalho. Também foram analisados estudos que apontaram que não haviam diferenças significativas entre OS e AD em relação a outros conjuntos de hospitais (RAMOS; et al, 2015). Porém, em nenhum estudo levantado foi apresentado superioridade da AD em relação à gestão das entidades privadas.

Com isso, não queremos afirmar que este modelo é superior à administração direta, ou que deva ser aplicado de modo uniforme a todo o setor público, mas que a

delegação dos serviços de saúde via contratualização às Organizações Sociais apresentou resultados positivos na estrutura de prestação de serviços pelos hospitais que atendem a alta complexidade com a contratualização com a Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com os dados analisados. Estes resultados sustentam a motivação para que este modelo de gestão de serviços de saúde possa ser considerado um método válido de gestão destas instituições para o atendimento à população e a efetivação do direito constitucional a saúde.

Porém a delegação e a participação de Organizações Sociais na gestão dos serviços públicos está longe de ser um tema esgotado. Além da relação entre administração direta e organizações sociais, outros pontos merecem destaque e são passiveis de novas investigações, como a comparação com outros modelos de gestão dentro da administração, como o fundacional e o empresarial; a visão dos gestores e funcionários destas instituições sobre sua percepção sobre o modelo de gestão e seu impacto nas rotinas do hospital e consequentemente nos resultados alcançados; ou a utilização de metodologias, diferentes à utilizada neste trabalho, para a comparação do nível de eficiência destas instituições.

Por fim, buscou-se contribuir para o debate, não apenas relacionado as formas de gestão, mas de maneira mais ampla, sobre a prestação dos serviços públicos e a utilização dos recursos públicos, referentes ao direito a saúde. Com os resultados das discussões feitas neste trabalho, cremos ter tocados em pontos que possam ser apropriados pelos gestores, como os fatores que impactaram os resultados destas instituições, o papel da acreditação hospitalar, a pactuação de metas e objetivos, e o aumento da negociação entre gestores e o poder público.

REFERÊNCIAS[3]

ABRUCIO, F. L. Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: BRESSER-PEREIRA, L. C., SPINK, P. K. (org.). **Reforma do Estado e administração pública** gerencial. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 173-200.

ALESP – Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. CPI das Organizações Sociais de Saúde aprova novas convocações**. Acesso em setembro de 2018. Disponível em:** https://www.al.sp.gov.br/noticia/?14/08/2018/cpi_das_organizacoes_sociais_de_saude_aprova_novas_convocacoes**,**

ALMEIDA, R. Estudo de Caso: foco temático e diversidade metodológica. In: ABDAL, A.; OLIVEIRA, M. C. V.; GHEZZI, D. R.; JÚNIOR, J. S. (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em Ciências Sociais**: bloco qualitativo. São Paulo: Editora - Cebrap e CPF/Sesc-SP, 2016. p. 60-72.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA. Onde estamos. Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo. Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo – Mogi das Cruzes. Disponível em: <https://www.spdm.org.br/onde-estamos/hospitais-e-pronto-socorros/hospital-de-clinicas-luzia-de-pinho-melo-mogi-das-cruzes>. Acesso em: 27 mai. 2018 A

_____. Onde estamos. Hospital Geral de Pirajussara. Hospital Geral de Pirajussara - Taboão da Serra. Disponível em: <https://www.spdm.org.br/onde-estamos/hospitais-e-pronto-socorros/hospital-geral-de-pirajussara-taboao-da-serra>. Acesso em: 27 mai. 2018 B

BAGGENSTOSS, S.; DONADONE, J. C. A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil. **Latinoamérica**. México, n. 59, p. 69-98, dez. 2014.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, ago. 2010.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V. Organizações sociais de saúde: experiência bem-sucedida de gestão pública de saúde do estado de São Paulo. **Revista Administração em Saúde**. São Paulo, v.8, n. 31: p.47-56, abr.-jun. 2006.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. *Lei Orgânica n° 8.080/90, 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**. Brasília, DF, 20 set. 1990, Seção1, p.18055 - 18059. 1990 A.

3 De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023 (2002).

_____. *Lei Orgânica n° 8.142/90, 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 União**. Brasília, DF, 31 dez. 1990, Seção 1, p. 25694. 1990 B.

_____. *Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE)*. Organizações Sociais. **Cadernos do Mare de Reforma do Estado**. Brasília: MARE, 1997.

_____. *Lei n° 9.637/98, 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 União**. Brasília, DF, 18 mai. 1998, Seção 1, p. 8. 1998.

_____. Ministério da Saúde (MS). ***O SUS de A à Z****:* Garantindo saúde nos municípios. 3ª Edição. Brasília: MS; 2009.

_____. *Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 jan. 2012, Seção 1, p.1-4. 2012.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 dez. 2016, Seção 1, p.2-3. 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. (org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 7. ed., Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006 A. p. 21-38.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. (org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 7. ed., Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 237-270.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma gerencial e legitimação do estado social. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 147-156, fev. 2017.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE: Consultas. Estabelecimentos. Identificação. disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em: 31 mai. 2018.

CALDANA, G.; GABRIEL, C. S. Avaliação do Programa de Acreditação Hospitalar: validação de face e conteúdo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.70, n. 1, p. 47-53, Fev. 2017

CAMARGO, V.C.; JUSTO, A.M.; Tutorial para uso do software Iramutec ((Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation>. Acesso em: 5 ago 2010.

CARNEIRO JUNIOR, N.; NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 971-979, dez. 2011.

CASA NOVA, S. P. C.; SANTOS, A. Aplicação da análise por envoltório de dados utilizando variáveis contábeis. **Revista de Contabilidade e Organizações**. São Paulo, v. 2, n. 3, p. 132–154, 2008.

CATELLI, A. (org). Controladoria: uma abordagem da gestão econômica – GECON. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. (org.). **Manual de práticas de atenção básica:** saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2010. p.96-131.

COELHO, V. S. R. P. Abordagens qualitativas e quantitativas na avaliação de políticas públicas. In: ABDAL, A.; OLIVEIRA, M. C. V.; GHEZZI, D. R.; JÚNIOR, J. S. (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em Ciências Sociais**: bloco quantitativo. São Paulo: Editora Cebrap e CPF/Sesc-SP, 2017.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. de A. (org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

CORDERO-FERRERA, J. M.; *et al.* Measuring efficiency in education: an analysis of different approaches for incorporating non-discretionary *inputs*. **Applied Economics**. v. 40, n.10, p. 1323–1339, 2008.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Hospital**: gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade viabilizando a sobrevivência. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

DONADONE, J. C.; BAGGENSTOSS, S. Intermediários e as novas configurações no tecido organizacional brasileiro: Um estudo sobre as organizações sociais de saúde. **Tempo social.** São Paulo, v. 29, n. 1, p. 130-149, jan. 2017.

FERREIRA JUNIOR, W. C. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 243–264, 2003.

FUNDAÇÃO DO ABC. Nossas unidades. Hospital Estadual Mario Covas. Disponível em: <http://fuabc.org.br/nossas-unidades/hospital-estadual-mario-covas/>. Acesso em: 25 mai. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, M. C. Organizações Sociais: a experiência da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. In: LEVY, E.; DRACO, P. A. (org.). **Gestão Pública no Brasil Contemporâneo**. São Paulo: FUNDAP, 2005. p. 164-184.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & saúde coletiva**. São Paulo, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

HARTZ, Z. M. A.; POUVOURVILLE, G. Avaliação dos Programas de Saúde: A Eficiência em Questão. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 68-82, jun. 1998.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO. Hospital. Disponível em: <http://hclpm.spdmafiliadas.org.br/>. Acesso em: 25 mai. 2018.

HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA. Institucional. HGIS: um projeto coletivo. Disponível em: <http://www.hgis.org.br/historico.php>. Acesso em: 24 mai. 2018.

HOSPITAL GERAL DE PIRAJUSSARA. Hospital. Disponível em: <http://hgp.spdmafiliadas.org.br/hospital-2/>. Acesso em: 25 mai. 2018.

IBANEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & saúde coletiva**. São Paulo, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.

IBANEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1831-1840, nov. 2007.

KETTL, D. A revolução global: reforma da administração do setor público. In BRESSER-PEREIRA, L. C., SPINK, P. K. (org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 75-122.

LINS, M. E.; et al. O uso da Análise Envoltória de Dados (*DEA*) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 985-998, ago. 2007

LOPES, A. L. M. Um modelo de análise envoltória de dados e conjuntos difusos para avaliação cruzada de produtividade e qualidade de departamentos. **Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis, 1998. Tese de Doutorado.

LUEDY, A.; MENDES, V. L. P. S.; RIBEIRO JUNIOR, H. Gestão pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital

universitário. **Organizações & Sociedade**. Salvador, v. 19, n. 63, p. 641-659, dez. 2012.

MADUREIRA, C.; RODRIGUES, M. A Administração Pública do século XXI: Aprendizagem organizacional, mudança comportamental e reforma administrativa. **Comportamento Organizacional e Gestão**. Lisboa, v. 12, n. 2, p. 153-171, 2006.

MAJONE, G. Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e consequências de mudanças no modo de governança. **Revista do Serviço Público.** Brasilia, v. 50, n. 16, p. 5–36, 1999.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodología científica.** 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARINHO, A. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Economia**. Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 515-534, set. 2003.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. Programas Sociais: Efetividade, Eficiência e Eficácia como dimensões operacionais da avaliação. **Texto para Discussão**. N 787, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração.** Ed. compacta. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, E. T.; PACHECO, M. J. **Custos e Finanças no Hospital:** uma Abordagem Gerencial. São Paulo: CEDAS, 1986.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica:** um manual para a realização de pesquisas em Administração. Catalão: Universidade Federal de Goiás, 2011.

OLIVEIRA, J. L. C; MATSUDA, L. M. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 63-69, Mar. 2016

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2851, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes:** WHO's framework for action. Genebra, Suiça: WHO Document Production Services, 2007.

OSASCO. Prefeitura de Osasco. Noticias. Governador entrega ampliação do Hospital Regional e anuncia obras de ampliação do Terminal Vila Yara. Disponível em: <http://www.osasco.sp.gov.br/noticias/governador-entrega-ampliacao-do-hospital-regional-e-anuncia-obras-de-ampliacao-do-terminal-vila-yara>. Acesso em: 26 mai. 2018.

PINHEIRO FILHO, F. P.; SARTI, F. M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2981-2990, nov. 2012.

PORTAL DO CIDADÃO.SP. Serviços. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Regional Sul. Hospital Regional Sul**.** Disponível em: <http://www.cidadao.sp.gov.br/servico.php?serv=2711>. Acesso em: 20 mai. 2018 A.

_____. Serviços. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Geral de São Matheus Dr. Manoel Bifulco. Hospital Geral de São Mateus. Disponível em: <http://www.cidadao.sp.gov.br/servico.php?serv=2893>. Acesso em: 20 mai. 2018 B.

_____. Serviços. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Guilherme Álvaro – Santos**.** Disponível em: <http://www.cidadao.sp.gov.br/servico.php?serv=2720>. Acesso em: 20 mai. 2018 C.

PRASETYO, A. D.; ZUHDI, U. The Government Expenditure Efficiency towards the Human Development. **Procedia Economics and Finance**. v.5, p. 615–622, 2013.

PROITE, A.; SOUSA, M. C. S. Eficiência técnica, economias de escala, estrutura da propriedade e tipo de gestão no sistema hospitalar brasileiro. In: Encontro Nacional de Economia, 32, 2004, João Pessoa. **Anais**. João Pessoa: ANPEC, 2004.

PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agente x principal*.* In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. (org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 7. ed., Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006 A. p. 39-74.

RAMOS, M. C. A,; et al . Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 49, n. 43, 2015.

RODRIGUES, R. C.; et al. Rede hospitalar estadual: resultados da administração direta e das organizações sociais*.* **Revista Administração em Saúde**. São Paulo, v. 16, n. 654, p. 111–122, 2014.

ROCHA, J. S. Y. Os determinantes sociais da saúde. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. A. (org.). **Política e gestão pública em saúde.** São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011. p.219-242.

SALVIATI, M.E. Manual do Aplicativo Iramuteq (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3). Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation>. Acesso em: 4 ago 2010.

SANCHO, L. G. **Avaliação Econômica em Saúde.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de administração de empresas.** São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, set. 2008.

SÃO PAULO. Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. **Diário Oficial de São Paulo,** São Paulo, 5 jun. 1998, Seção 1, p. 1.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Mapa do site. Hospital Geral São Mateus. HGSM. Institucional. Disponível em: <www.saude.sp.gov.br/hospital-geral-sao-mateus/hospital-geral-de-sao-mateus/institucional>. Acesso em: 27 mai. 2018.

_____. SP notícias. Hospital Geral de São Mateus é referência no atendimento a pessoas queimadas. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/hospital-geral-de-sao-mateus-e-referencia-no-atendimento-a-pessoas-queimadas/>. Acesso em: 29 mai. 2018 A.

_____. SP notícias. Hospital Regional de Osasco é modernizado. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/hospital-regional-de-osasco-e-modernizado/>. Acesso em: 30 mai. 2018 B.

SEIXAS, M. A. S.; MELO, H. T. Desafios do Administrador Hospitalar. **Revista Gestão e Planeamento**. Salvador, v. 5, n. 9, p. 16–20, jan-jun, 2004.

SILVA, H. P.; VIANA, A. L. A. O financiamento do Sistema de saúde no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para sua racionalização. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. A. (org.). **Política e gestão pública em saúde.** São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011. 179-203.

SILVA, L. M. V. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. (org). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

SILVA, M. Z.; MORETTI, B. R.; SCHUSTER, H. A. Avaliação da Eficiência Hospitalar por Meio da Análise Envoltória de Dados. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. v. 5, n. 2, p. 100-114, 2016.

SIQUEIRA, M. S., et al. Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 26, n. 4, p. 795-806, dez. 2017.

SOUZA, F.; OSCAR, D. (org). **Estado moderno**: doutrinas contratualistas. Fortaleza: ABC Editora, 2010.

SOUZA, A. A.; et al. Gestão de hospitais: análise da eficiência técnica. **FACEF Pesquisa: Desenvolvimento e Gestão**, Franca, v. 19, n. 3, p. 305–318, 2016.

SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente?. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 10, p. 4229-4234, Out. 2014

SPILLER, E. S.; SENNA, A. M.; SANTOS, J. F.; VILAR, J. M. **Gestão dos Serviços em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

TROSA, S. **Gestão pública por resultado:** quando o Estado se compromete. Tradução Maria Luiza de Carvalho. Rio de Janeiro: ENAP, Editora Revan, 2001.

VALENTE, M. C. Contratualização nos hospitais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 9, p. 25–39, 2010.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

WANG, D. W. L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, Out. 2014.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 127-150, dez. 2000.

ANEXO A - RECURSOS FINANCEIROS LIQUIDADOS PELO ESTADO DE SÃO PAULO POR HOSPITAL INFLACIONADOS PARA O ANO BASE DE 2016

Hospitais / Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Organizações Sociais							
Itapecerica da Serra	101.304.459	115.275.119	127.054.648	106.206.206	110.118.882	113.438.598	114.180.000
Clinicas Luzia de Pinho Melo	131.713.908	134.956.231	148.578.427	152.335.590	144.066.697	155.457.148	158.070.226
Estadual Mario Covas	126.885.635	150.588.661	176.798.051	165.369.689	177.980.475	183.928.035	178.610.000
Geral de Pirajussara	132.761.632	126.521.467	125.053.122	125.144.944	113.762.533	120.039.543	119.920.000
Administração Direta							
Regional Sul	104.641.178	108.692.346	109.186.268	129.793.515	123.388.188	119.154.620	109.147.200
Geral de São Mateus	92.335.189	96.268.049	102.931.944	116.516.130	109.106.129	104.041.529	90.095.077
Reg. Dr Vivaldo Martins Simões	108.857.124	113.365.679	116.943.191	131.060.499	120.030.306	116.724.733	97.954.682
Guilherme Álvaro	101.164.373	105.393.641	109.997.457	130.586.014	125.288.646	113.913.619	94.585.924
Ipiranga	114.302.028	113.568.863	112.400.568	128.901.576	128.766.231	115.915.537	103.365.818

Fonte: Portal da transparência do estado de São Paulo (2017)

ANEXO B – QUANTIDADE DE LEITOS HOSPITALARES POR HOSPITAL E ANO

Hospitais / Ano	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
Itapecerica da Serra	187	192	192	192	192	192	192	191	194
Clinicas Luzia De Pinho Melo	276	282	282	282	282	282	282	282	282
Estadual Mario Covas	299	299	299	299	291	299	299	299	295
Geral de Pirajussara	285	299	299	299	299	299	299	299	299
Administração Direta									
Regional Sul	248	226	226	242	242	242	252	252	172
Geral de São Mateus	227	265	265	265	265	265	265	265	231
Reg. Dr Vivaldo M Simões	212	212	212	212	212	212	212	212	212
Guilherme Álvaro	299	299	274	271	257	246	246	245	248
Ipiranga	241	241	234	234	235	235	235	235	235

Fonte: TABNET / SESSP / SIH-SUS (2017)

ANEXO C – QUANTIDADE DE ÓBITOS NA ALTA COMPLEXIDADE

Hospitais / Ano	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
Itapecerica da Serra	9	0	0	4	1	1	1	1	0
Clinicas Luzia De Pinho Melo	28	20	30	40	44	63	65	70	105
Estadual Mario Covas	39	92	97	117	103	94	127	99	105
Geral Pirajussara	47	35	39	34	30	54	40	25	56
Administração Direta									
Regional Sul	16	15	31	10	8	6	5	3	6
Geral De São Mateus	4	14	11	7	7	6	6	6	6
Reg. Dr Vivaldo M Simões	51	23	58	129	92	86	93	100	89
Guilherme Álvaro	60	73	74	49	35	35	30	29	24
Ipiranga	20	34	17	11	6	5	14	16	14

Fonte: Tabnet / CNES (2017)

ANEXO D – QUANTIDADE TOTAL DE AIH'S

HOSPITAIS / ANO	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
ITAPECERICA DA SERRA	12.786	13.845	14.902	13.726	14.449	13.727	14.176	14.597	16.686
C. LUZIA DE PINHO MELO	14.354	15.825	15.454	15.741	14.205	14.456	14.406	14.408	15.816
EST. MARIO COVAS	11.548	14.479	14.087	13.839	14.556	12.482	12.977	12.540	13.382
GERAL PIRAJUSSARA	15.308	14.890	16.090	15.265	14.451	15.165	15.255	14.556	16.584
Administração Direta									
REG. SUL	8.786	9.743	10.182	9.932	9.416	7.871	9.029	8.583	9.479
GERAL DE SÃO MATEUS	9.355	7.512	9.585	11.571	10.215	7.082	6.026	7.393	7.388
REG. DR VIVALDO M SIMÕES	4.677	5.386	5.655	6.901	6.158	5.593	5.654	4.832	3.945
GUILHERME ÁLVARO	7.625	8.763	9.222	9.210	7.706	7.149	8.259	8.714	7.903
IPIRANGA	9.776	12.548	11.551	10.890	10.120	9.555	10.317	11.263	11.849

Fonte: Tabnet / CNES (2017)

ANEXO E – QUANTIDADE TOTAL DE AHI'S NA ALTA COMPLEXIDADE

HOSPITAIS / ANO	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
ITAPECERICA DA SERRA	100	77	115	166	348	399	487	552	1.040
C. LUZIA DE PINHO MELO	252	296	400	547	461	692	777	787	1.479
EST. MARIO COVAS	657	1.695	1.978	2.984	2.969	2.028	2.466	3.324	3.764
GERAL PIRAJUSSARA	574	849	952	644	1.003	1.683	2.191	1.887	2.417
Administração Direta									
REG. SUL	57	66	127	154	194	163	154	79	70
GERAL DE SÃO MATEUS	28	78	86	74	81	39	47	65	73
REG. DR VIVALDO M SIMÕES	285	123	258	516	447	380	430	360	360
GUILHERME ÁLVARO	329	533	533	564	406	408	387	310	260
IPIRANGA	272	357	308	256	277	221	344	403	548

Fonte: Tabnet / CNES (2017)

ANEXO F – VALORES TOTAIS PAGOS DAS AIH'S INFLACIONADOS AO ANO BASE DE 2016

HOSPITAIS / ANO	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
ITAPECERICA DA SERRA	11.277.312	15.585.610	15.763.835	14.439.291	13.937.976	13.343.088	13.231.793	13.560.536	13.346.672
C. LUZIA DE PINHO MELO	14.344.679	18.227.196	18.265.001	18.415.835	16.413.652	17.625.156	16.390.395	16.494.138	18.812.401
EST. MARIO COVAS	15.520.195	29.574.155	31.078.200	30.448.186	30.714.326	25.417.750	30.567.482	27.030.821	25.716.941
G. PIRAJUSSARA	22.833.151	23.695.470	24.396.156	21.352.708	19.424.063	20.763.029	20.522.047	18.815.405	19.423.134
Administração Direta									
REG. SUL	12.390.967	17.520.736	18.469.107	15.065.181	13.974.978	10.770.286	10.246.958	9.875.582	9.924.908
G. DE SÃO MATEUS	8.134.678	8.316.818	10.749.495	11.973.359	10.367.034	6.891.133	5.989.539	7.062.138	6.471.584
REG. DR VIVALDO M SIMÕES	4.749.046	5.038.932	5.667.702	6.850.022	5.762.395	5.758.158	6.005.019	5.536.473	4.779.695
GUILHERME ÁLVARO	10.732.942	16.769.481	15.796.115	15.150.998	12.320.712	11.882.657	12.719.028	11.810.903	9.921.085
IPIRANGA	8.332.955	11.121.812	9.641.350	8.724.188	8.422.691	8.040.264	9.033.599	9.283.415	9.709.287

Fonte: Tabnet / CNES (2017)

ANEXO G – VALORES TOTAIS PAGOS DAS AIH'S NA ALTA COMPLEXIDADE DEFLACIONADOS AO ANO BASE DE 2016

HOSPITAIS /ANO	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
ITAPECERICA DA SERRA	242.027	136.956	175.059	246.747	345.228	433.909	478.655	483.409	897.798
C. LUZIA DE PINHO MELO	768.192	916.053	1.437.194	1.903.614	1.647.960	3.278.333	3.374.966	3.331.743	5.449.782
EST. MARIO COVAS	3.216.997	9.135.786	11.556.547	13.669.089	13.195.783	10.970.541	15.062.579	14.451.626	13.558.749
G. PIRAJUSSARA	2.958.430	2.814.393	3.353.119	2.481.295	2.632.863	3.298.327	3.121.269	2.515.714	3.938.792
Administração Direta									
REG. SUL	187.107	119.856	240.633	182.372	302.316	175.859	198.251	80.629	77.402
GERAL DE SÃO MATEUS	73.292	325.620	367.429	245.435	261.775	115.870	179.461	238.464	216.343
REG. DR VIVALDO M SIMÕES	540.080	183.594	494.615	1.002.051	813.583	696.685	813.561	722.492	777.573
GUILHERME ÁLVARO	885.294	1.544.882	1.652.870	1.875.151	1.155.094	1.286.033	1.264.250	848.544	760.312
IPIRANGA	468.510	716.772	503.882	520.392	503.328	427.896	607.482	936.096	1.252.202

Fonte: Tabnet / CNES (2017)

ANEXO H - QUANTIDADE TOTAL DE PERMANÊNCIAS

HOSPITAIS / ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Organizações Sociais									
ITAPECERICA DA SERRA	48.364	55.237	56.907	55.162	56.729	56.338	56.939	57.267	57.854
C. LUZIA DE PINHO MELO	80.654	94.157	94.745	98.629	93.740	97.622	95.433	100.007	100.639
EST. MARIO COVAS	64.882	62.613	72.561	68.802	64.428	62.555	65.951	65.769	66.753
GERAL PIRAJUSSARA	80.304	77.590	81.590	79.328	73.739	76.970	78.737	74.629	79.188
Administração Direta									
REG. SUL	52.736	61.690	68.816	61.896	62.774	54.047	62.242	56.197	59.065
GERAL DE SÃO MATEUS	44.596	33.915	50.522	59.950	55.852	41.874	38.421	49.510	50.662
REG. DR VIVALDO M SIMÕES	37.712	42.533	45.558	48.939	45.019	44.818	47.816	43.742	36.727
GUILHERME ÁLVARO	60.272	73.541	70.317	69.592	55.220	55.233	60.451	61.287	56.995
IPIRANGA	67.127	80.180	70.322	60.399	59.118	58.575	59.848	62.681	65.104

Fonte: Tabnet / CNES (2017)

ANEXO I – QUANTIDADE TOTAL DE PERMANÊNCIAS NA ALTA COMPLEXIDADE

HOSPITAIS / ANO	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
ITAPECERICA DA SERRA	607	285	324	479	309	392	424	329	422
C. LUZIA DE PINHO MELO	2.334	2.738	3.708	5.544	4.598	6.665	7.000	8.063	8.106
EST. MARIO COVAS	5.576	14.124	14.866	16.616	16.293	12.794	18.394	16.977	17.435
GERAL PIRAJUSSARA	5.390	6.069	6.372	6.147	5.678	6.415	5.430	3.966	5.162
Administração Direta									
REG. SUL	857	783	1.538	1.272	1.608	1.442	1.492	986	785
GERAL DE SÃO MATEUS	378	705	974	449	593	281	435	492	412
REG. DR VIVALDO M SIMÕES	3.949	1.710	3.487	6.067	5.192	5.402	5.016	4.447	4.846
GUILHERME ÁLVARO	5.736	8.295	7.389	6.310	3.918	3.788	3.455	3.120	2.341
IPIRANGA	3.511	3.425	3.141	2.407	2.394	1.691	1.983	2.866	3.556

Fonte: Tabnet / CNES (2017)

ANEXO J – QUANTIDADE DE DIÁRIAS NA UTI

HOSPITAIS / ANO	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
ITAPECERICA DA SERRA	3.900	6.887	7.001	7.383	6.881	7.334	7.646	8.629	7.854
C. LUZIA DE PINHO MELO	3.938	5.821	6.137	6.415	5.754	5.925	4.913	6.235	6.569
EST. MARIO COVAS	7.713	13.881	14.199	13.397	15.039	13.266	15.570	12.628	12.600
GERAL PIRAJUSSARA	8.051	7.504	7.434	6.775	6.654	6.940	8.459	8.045	7.367
Administração Direta									
REG. SUL	4.541	6.262	7.073	5.611	5.981	4.928	4.039	4.649	4.787
GERAL DE SÃO MATEUS	2.759	3.592	5.165	6.375	5.811	4.307	4.509	5.683	5.315
REG. DR VIVALDO M SIMÕES	1.134	854	1.354	1.896	1.739	2.555	2.987	2.874	3.370
GUILHERME ÁLVARO	6.100	9.514	8.708	8.765	8.026	8.823	10.767	10.852	9.847
IPIRANGA	3.455	3.538	2.717	2.901	3.165	3.038	4.434	3.967	4.546

Fonte: Tabnet / CNES (2017)

ANEXO L – QUANTIDADE DE DIÁRIAS NA UTI RELACIONADA A ALTA COMPLEXIDADE

HOSPITAIS / ANO	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Organizações Sociais									
ITAPECERICA DA SERRA	116	8	14	71	10	20	60	33	11
C. LUZIA DE PINHO MELO	237	223	466	678	559	877	743	1.247	884
EST. MARIO COVAS	1.254	2.966	3.559	3.833	3.938	3.571	4.587	3.826	3.387
GERAL PIRAJUSSARA	756	521	743	633	818	437	669	515	947
Administração Direta									
REG. SUL	131	2	47	14	95	13	98	15	30
GERAL DE SÃO MATEUS	22	67	81	36	16	17	87	112	83
REG. DR VIVALDO M SIMÕES	84	2	117	317	240	299	495	490	614
GUILHERME ÁLVARO	478	512	650	922	556	397	587	470	470
IPIRANGA	85	257	69	43	101	113	136	241	362

Fonte: Tabnet / CNES (2017)