ANTONIO FRANCO RAVIOLI

**Uma proposta de tipologia das organizações sociais qualificadas para atuação na rede
municipal de saúde da cidade de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Mário César Scheffer

SÃO PAULO

2018

ANTONIO FRANCO RAVIOLI

**Uma proposta de tipologia das organizações sociais qualificadas para atuação na rede
municipal de saúde da cidade de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Mário César Scheffer

SÃO PAULO

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Ravioli, Antonio Franco

Uma proposta de tipologia das organizações
sociais qualificadas para atuação na rede municipal
de saúde da cidade de São Paulo / Antonio Franco
Ravioli. -- São Paulo, 2018.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Mário César Scheffer.

Descritores: 1.Organização social 2.Administração
de serviços de saúde 3.Gestão em saúde 4.Serviços de
saúde 5.Sistema Único de Saúde 6.Sistemas locais de
saúde

USP/FM/DBD-319/18

Responsável: Eidi Raquel Franco Abdalla - CRB-8/4901

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho contou com a ajuda de diversas pessoas, sem as quais não conseguiria finalizar esta pesquisa. Nesse sentido, agradeço:

Ao apoio prestado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil, por meio da pesquisa coordenada pela Professora Ligia Bahia.

Ao Professor Mario Scheffer, meu orientador, quem me introduziu ao mundo da pesquisa e me guiou desde a iniciação científica junto ao Departamento de Medicina Preventiva, em 2014. Sua orientação paciente foi essencial para a conclusão desse trabalho, sempre me lembrando de como essa dissertação se soma a um emaranhado de trabalhos para formar o conhecimento acadêmico.

À Professora Patrícia Coelho de Soarez, pelos comentários, revisão e elaboração conjunta do artigo que integra a primeira parte desse trabalho.

À Professora Francis Sodré e ao Professor Marcelo Caldeira Pedroso, pelos comentários atentos e construtivos na banca de qualificação, que muito ajudaram a aprimorar essa pesquisa.

Aos meus amigos da Prefeitura de São Paulo, com quem aprendi e aprendo diariamente. Em especial, agradeço à Maria Isabela Meloncini e ao Rodrigo Pirajá Wienskoski, pois muitas das discussões e trabalhos que fizemos juntos estão, de alguma maneira, espalhadas por esse trabalho.

Aos meus pais, Teca e Roberto, e irmão, Frederico, pelo apoio e pelo desejo sincero de saber como andava essa pesquisa, nem sempre retribuído com todas as informações que eu poderia oferecer.

À Marília Pereira, por todo incentivo e inspiração ao longo dessa jornada, antes disso e nos próximos desafios. Olhar para o lado e poder contar com você tornou possível esse trabalho. Obrigado pelas sugestões, apoio constante e por sempre acreditar que eu conseguiria chegar ao final.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1. Contexto do serviço público de saúde brasileiro	1
2. Precedentes da pesquisa	3
3. Justificativa	4
4. Hipótese de pesquisa e objetivos	5
5. Delimitação e limitações da pesquisa	6
METODOLOGIA	8
1. Metodologia empregada na presente dissertação	8
2. Ética em pesquisa	10
PARTE 1 - REVISÃO NARRATIVA SOBRE MODALIDADES DE GESTÃO DE SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	11
1. Introdução	11
2. Metodologia	12
3. Resultados	14
4. Discussão	21
5. Conclusão	30
PARTE 2 - PROPOSTA DE TIPOLOGIA DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS QUALIFICADAS PARA ATUAÇÃO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO	32
1. Contextualização da saúde no Município de São Paulo	32
1.1. Características gerais e sociodemográficas do Município de São Paulo	32
1.2. Organização e funcionamento da rede municipal de saúde	36
1.3. Financiamento da saúde municipal	40
2. Surgimento e trajetória das OS no Município de São Paulo	41
2.1. Criação e regramento das OS	41
2.2. As OS de saúde	44
3. Tipologia das OS qualificadas para atuação na saúde do Município de São Paulo	49
3.1. Dimensões de interesse	52
3.2. Dados coletados	53
3.3. Análise dos dados	57
3.3.1. Dimensão 1 – Identitária	59

Longevidade	59
Natureza Jurídica	61
Grandes áreas de atuação	62
3.3.2. Dimensão 2 – Contábil-financeira	66
Porte	66
Proporção de gasto com pessoal	71
3.3.3. Dimensão 3 – Relacional	74
Porte de recebimento	74
Destinação majoritária dos recursos	78
4. Discussão	82
4.1. Análise dos resultados	82
4.2. Limitações da pesquisa	87
5. Conclusão	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXO ÚNICO – RELAÇÃO DE CNPJ IDENTIFICADOS	102

RESUMO

O presente trabalho buscou elaborar tipologia das Organizações Sociais (OS) qualificadas para atuação na rede de saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP), a partir do levantamento de perfis, padrões e recursos destas entidades. Para tanto, a pesquisa foi realizada em duas partes. A primeira consistiu em revisão narrativa da literatura sobre modalidades de gestão de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde. A revisão identificou, em 33 publicações, que a literatura analisada é restrita, concentrada no Estado de São Paulo, com baixa diversidade de teorias e fragilidades de aportes metodológicos, sendo inconclusiva quanto à superioridade de um modelo de gestão sobre outro. A segunda etapa do projeto realizou levantamento de informações sobre 30 OS qualificadas perante a PMSP. Foram utilizadas bases de dados públicas e informações das próprias OS. O levantamento gerou seis tipos distintos, abarcando aspectos das organizações ligados à identidade destas, a parâmetros contábeis-financeiros e à relação entre OS e PMSP. Conclui-se que há diferenças significativas entre as OS estudadas, evidenciando a pluralidade de perfis das instituições em atuação no âmbito da PMSP, as quais registram heterogeneidade a ser aprofundada.

Descritores: organização social; administração de serviços de saúde; gestão em saúde; serviços de saúde; Sistema Único de Saúde; sistemas locais de saúde

ABSTRACT

The present work sought to elaborate a typology of the Social Organizations (OS) qualified to provide services in the local health system of the Municipality of São Paulo (PMSP), from data analysis regarding profiles, standards and resources of these entities. Hence, the research was carried out in two parts. The first one consisted of a narrative review of the literature on specific health services management modalities in the Brazilian Unified National Health System. The review identified, in 33 publications, that the literature analyzed is limited, concentrated in the State of São Paulo, showing little theoretical diversity and methodological weaknesses, while it is inconclusive as to the superiority of one management model over another. The second part of the work was an information gathering from 30 OS qualified under PMSP. Public databases and information from the OS were used. The data collected generated six distinct types, covering organizational aspects related to their identity, financial parameters and the relationship between OS and PMSP. The results suggest that there are significant differences between the OS studied, highlighting the plurality of profiles of the institutions operating within the PMSP and registering heterogeneity to be studied deeply.

Descriptors: social organization; health services administration; health management; health services; Unified Health System; local health systems

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma da seleção de estudos da revisão	15
Figura 2: Consultas no Município de São Paulo, sob gestão da PMSP, por tipo, 2008 – 2016	37
Figura 3: Percentual do gasto com contrato de gestão e convênios em relação ao gasto total da PMSP com saúde e despesas, em milhões de R\$, com contratos de gestão e convênios, 2012 – 2016	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Publicações selecionadas segundo modelos de gestão, localização, tipos de serviços/instituições de saúde e desfechos	17
Quadro 2: Publicações selecionadas segundo procedimentos metodológicos utilizados....	23
Quadro 3: Evolução dos nascidos vivos e de óbitos no Município de São Paulo, 2007 – 2016	33
Quadro 4: Mortalidade geral (CMG/1.000 hab) e mortalidade por causas selecionadas (/100.000 hab), padronizados por faixa etária, no Município de São Paulo, 2017	35
Quadro 5: Número de óbitos de residentes no Município de São Paulo por causas externas segundo ano do óbito, 2007 – 2016.....	36
Quadro 6: Autorizações de Internações Hospitalares pagas por especialidade do leito, no Município de São Paulo, 2008 – 2016.....	38
Quadro 7: Número de hospitais e estabelecimentos totais de saúde no Município de São Paulo sob gestão municipal, 2006 – 2017	39
Quadro 8: Principais grupos de despesas da PMSP, por ano de competência (valores nominais empenhados, 2012-2016, em milhões) (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2016).....	41
Quadro 9: Relação de OS qualificadas junto à PMSP analisadas no presente estudo.....	50
Quadro 10: Relação de documentos, fontes, características e limitados das informações utilizadas no estudo	54
Quadro 11: Número total de CNPJ, matriz e filial, identificados por OS	58
Quadro 12: OS qualificadas junto à PMSP, segundo longevidade.....	60
Quadro 13: Grandes áreas de atuação previstas nos objetos e finalidades sociais de cada estatuto social das OS qualificadas junto à PMSP	64
Quadro 14: OS qualificadas junto à PMSP, segundo grandes áreas de atuação	65
Quadro 15: OS qualificadas junto à PMSP sem operação.....	68
Quadro 16: Classificação do BNDES de porte de empresas por faixa de receita operacional bruta	68
Quadro 17: OS qualificadas junto à PMSP, segundo porte da entidade, classificado pela receita bruta anual.....	70
Quadro 18: OS qualifica junto à PMSP, segundo proporção de gasto com pessoal sobre receita bruta	73
Quadro 19: OS qualificada junto à PMSP, segundo transferência total de recursos da PMSP, 2008 – 2016.....	75
Quadro 20: Transferência total de recursos da PMSP para as OS, entre 2008 e 2016, no Município de São Paulo, por área.....	76
Quadro 21: OS qualificada junto à PMSP, segundo porte de recebimento, classificado a partir da proporção de recursos transferidos, 2008 – 2016.....	77

Quadro 22: Transferência total de recursos da PMSP para as OS, no Município de São Paulo, por rubrica, 2008 – 2016	78
Quadro 23: OS qualificada junto à PMSP, segundo transferências de recursos da PMSP, por tipo de destinação, 2008 – 2016.....	79
Quadro 24: OS qualificada junto à PMSP, segundo destinação majoritária dos recursos da saúde transferidos pela PMSP, 2008 – 2016	80
Quadro 25: OS qualificadas junto à PMSP, segundo tipos criados	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASF	Associação Saúde da Família
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CEJAM	Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DMP-FMUSP	Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
DRE	Demonstrações de Resultado do Exercício
FEAUSP	Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
OS	Organização Social
PIB	Produto Interno Bruto
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PPP	Parceria Público-Privada
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SECONCI	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo
SES	Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Tribunal de Contas do Município

INTRODUÇÃO

1. Contexto do serviço público de saúde brasileiro

A Constituição Federal de 1988 representou importante conquista social, recebendo a saúde atenção especial.

Referida carta constitucional prescreve em seu art. 196 que “*a saúde é direito de todos e dever do Estado*” (Brasil, 1988) e que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A Constituição Federal também determinou em seu art. 199 que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (Brasil, 1988).

No confronto, durante o processo constituinte, entre a agenda dos grupos empresariais privados e a agenda reformista do movimento sanitário, prevaleceu a concepção da relevância pública da saúde. Todavia, admitiu-se a participação complementar do setor privado no sistema de saúde brasileiro, que passou a abrigar segmentos empresariais e institucionais de distintas naturezas e competências (Scheffer e Bahia, 2005).

O sistema de saúde brasileiro passou então a ser constituído por uma variedade de organizações e serviços públicos e privados, convivendo com distintas formas de financiamento, prestação e gestão da saúde (Paim et al., 2011).

Em sua definição legal, pelo Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011), que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), o SUS é constituído pela combinação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Para cumprir a obrigação constitucional de assegurar assistência à saúde à população, União, Estados e Municípios podem gerir, manter e prestar serviços de forma direta ou indireta, mediante inclusive a participação do setor privado.

Os serviços de saúde do SUS apresentam diversidade na forma como são organizados, administrados e geridos, podendo ser agrupados em três principais formatos: 1) aqueles próprios da administração direta; 2) os da administração indireta, na forma de

autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista; e 3) os prestados pela administração privada complementar, no caso das Organizações Sociais, associações civis sem fins lucrativos, fundações privadas ou empresas privadas (Scheffer e Aith, 2015).

Conforme ressaltam diversos autores (Ibañez e Neto, 2007; Couttolenc et al., 2007), a administração direta está sujeita a uma série de regras e normas que disciplinam a gestão do serviço público, principalmente em termos de dispêndio de recursos e contratação de pessoal, de material e de serviços. A administração direta teria capacidade operacional e poder decisório limitados, além de se submeter a excesso de formalidades e influências políticas externas. Somam-se a esses aspectos as dificuldades e processos extensos para efetuar compras insumos médicos, bem como os entraves para contratar pessoal e para gerenciar equipamentos.

Identificam-se obstáculos à administração direta na gestão do serviço público de saúde, sobretudo em razão de quatro fatores: 1) limitada autonomia técnico-administrativa, em função das normas e procedimentos obrigatórios; 2) submissão aos preceitos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que limita a autonomia da admissão e expansão de recursos humanos; 3) morosidade dos processos de licitação para contratação de equipamentos e insumos; e 4) obstáculos para contratar pessoal mais qualificado e com certas especialidades, que não participam de concursos ou desistem de assumir as vagas (Nogueira, 2011).

Essas observações sustentam, em parte, os argumentos que levaram ao surgimento de modelos alternativos de gestão de serviços públicos de saúde, apresentados no bojo das reformas gerencial e administrativa do Estado, que preveem transferir a oferta de serviços públicos para organizações e provedores públicos não estatais, capitaneadas pelo então Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare) na década de 1990 (Bresser-Pereira, 1997).

Dentre as mudanças propostas, destaca-se a criação das Organizações Sociais (OS), objeto do presente estudo.

As OS são regidas pela Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (Brasil, 1998). Essas entidades são associações sem finalidade lucrativa ou fundações de direito privado qualificadas pelo poder público para exercerem atividade pública descentralizada e têm suas obrigações estabelecidas por contrato de gestão. Sua criação atendia o objetivo específico de oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público, permitindo a contratação de pessoal via regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), dispensando a realização

de concurso público. As OS também detêm alguns privilégios tributários frente a organizações privadas (Ibañez e Neto, 2007).

Após a instituição desse modelo, produziu-se razoável literatura sobre o assunto, avaliando as mudanças introduzidas pelas OS na gestão e na prestação do serviço de saúde. A produção científica sobre OS na saúde tem se dedicado, entre outros temas, a discutir “*a figura das OS como modelo de passagem da administração burocrática à gerencial*” (Ibañez e Neto, 2007, p. 1834); seu impacto na lógica de oferta do serviço público, com a implementação de contratos, cobrança por qualidade e eficiência, e o “*enfoque nos resultados*” (Sano e Abrucio, 2008, p. 68); a “*vantagem competitiva deste modelo sobre o da Administração Direta*” (Barbosa e Elias, 2010, p. 2844); e a participação civil na gestão administrativa (Cherchiglia e Dallari, 1999). Também há autores que apontam as OS como instrumento de adaptação do Estado brasileiro ao modelo neoliberal (Pilotto e Junqueira, 2017).

Outro grupo de estudos aponta ressalvas e desvios na atuação desse modelo, especialmente referentes à ausência de transparência na prestação de contas (Camargo et al., 2013) e à falta de representantes do poder público e de outros setores da sociedade nos órgãos colegiados de controle, bem como o não cumprimento da entrega dos relatórios de gestão, de obrigatoriedade mensal (Junior e Elias, 2006).

No entanto, há lacunas no estudo das diferenciações e especificidades das OS, analisando a multiplicidade de instituições, suas particularidades, perfis, composições e formas de atuação e de relação com o Estado.

Assim, o presente estudo busca traçar uma proposta de tipologia que contribua para a análise das OS qualificadas para atuação na rede municipal de saúde de São Paulo, ou seja, aquelas com alguma ligação formal ou pretendida com a Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP).

2. Precedentes da pesquisa

O presente estudo foi precedido por pesquisa de Iniciação Científica sobre Modalidades de Gestão em Saúde, realizada junto ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP-FMUSP), sob orientação dos Professores Mário Scheffer e Patrícia Coelho de Soárez.

As atividades no programa de Iniciação Científica do DMP-FMUSP foram desenvolvidas ao longo de 2014, em conjunto com a conclusão do programa de graduação em Economia junto à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEAUSP). Em agosto de 2015, foram iniciados os estudos de Mestrado no DMP-FMUSP, também sob orientação do Professor Mário Scheffer.

O presente estudo, além de objeto de Mestrado, também está inserido no escopo de projeto de pesquisa mais abrangente, intitulado “*Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), Inovação e Dinâmica Capitalista: Desafios Estruturais para a Construção do Sistema Universal no Brasil*” (Projeto CNPq nº 405077/2013-0). Trata-se de linha pesquisa multicêntrica, envolvendo diversas instituições e pesquisadores, contemplada na Chamada Pública para a Rede Nacional de Pesquisas sobre Políticas de Saúde. Coordenada pela Professora Ligia Bahia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a pesquisa conta, em seu núcleo executivo, com a participação do Professor Mário Scheffer, do DMP-FMUSP. O objetivo da investigação maior, a qual dialoga com a presente pesquisa, é analisar as estratégias de inovação e competição, assim como os fluxos de acumulação de capital e de poder político das empresas e instituições que compõem o setor privado da saúde, de base produtiva, de prestação de serviços ou de gestão da saúde, incluindo as OS. Desta forma, foi obtido para a presente pesquisa o auxílio financeiro do referido projeto, correspondente a cinco meses de bolsa de pesquisa, de 01/10/2015 a 31/03/2016 (Bolsa de Mestrado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq).

3. Justificativa

Ao longo dos últimos anos, houve um aumento do número de OS qualificadas junto à PMSP (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Gestão, 2016), cada vez mais presentes na gestão de serviços de saúde municipais. Porém, há lacunas na produção e sistematização de conhecimentos sobre as características, similaridades e diferenças de perfis, composições, abrangências e atuações destas organizações.

Paralelamente, o julgamento, em 16 de abril de 2015, pelo Supremo Tribunal Federal, da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923/DF (Supremo Tribunal Federal, 2015) de relatoria do Ministro Carlos Augusto Ayres Britto, afastou a interpretação de inconstitucionalidade das OS. Dessa maneira, embora persistam polêmicas e dúvidas sobre

a amplitude da presença do modelo no sistema público de saúde, garantiu-se segurança jurídica ao instrumento, que deve seguir sendo amplamente utilizado para o oferecimento de serviços de saúde no país.

Levando em conta os diversos estudos já realizados sobre o funcionamento das OS e as comparações com os demais modelos de gestão de serviços de saúde, e ressaltando a discreta exploração dos perfis e tipologias do modelo, justifica-se o presente estudo, com a intenção de sistematizar conhecimentos e características relativos às OS que atuam na extensa rede de saúde da capital paulista e recebem repasses expressivos de recursos públicos para gerir serviços de saúde municipais.

Conhecer as OS instaladas no Município de São Paulo, atendendo para as suas características e diferenças, consiste em importante passo para aprofundar o entendimento sobre a inserção, as finalidades e o papel dessas organizações no sistema de saúde brasileiro.

4. Hipótese de pesquisa e objetivos

Instituídas em 1998, as OS já foram objetos de diversos estudos (Ravioli et al., 2018). Contudo, os principais focos de análise foram relacionados ao modelo de gestão, em particular a investigação de seus aspectos jurídicos (Maria et al., 2015), do seu desempenho (Contreiras e Matta, 2015), da sua produção (Barbosa e Elias, 2010), de sua transparência (Camargo et al., 2013), de sua eficiência e eficácia (Barbosa e Elias, 2010), ou mesmo, ainda que incipiente, a sua comparação com outros modelos de gestão da saúde (Barbosa, 2010; Barbosa e Elias, 2010; Ditterich et al., 2012; Ibañez e Neto, 2007; Nogueira, 2011; Santos et al., 2014).

Em tais estudos, as OS foram costumeiramente analisadas como um bloco, com funcionamento homogêneo, com reduzida atenção às diversidades internas e às variações entre as instituições.

A ausência de classificação e parâmetros de dimensionamento e comparação das OS segundo perfis, trajetórias, composições, porte e características, dificulta a compreensão do fenômeno da multiplicação dessas entidades e do poder acumulado por determinadas organizações, que exibem expressivas dotações orçamentárias, acumulação de capitais, alianças estratégicas e participação ativa junto aos núcleos de poder e decisão de políticas de saúde.

Conforme já amplamente estudado em outras áreas do conhecimento como ciências sociais, economia e ciências políticas (Adcock e Collier, 2001; Elman, 2005; Hall e Soskice, 2004; McKelvey, 1978), espera-se categorizar as OS qualificadas pela PMSP segundo características convergentes, mas que também expliquem suas diferenças.

A hipótese da pesquisa, portanto, é que as OS qualificadas pelo Poder Público para atuarem na rede municipal de saúde de São Paulo, embora funcionem segundo as mesmas normas jurídicas e tenham campos de atuação semelhantes, apresentam particularidades e diversidade de perfis, portes e naturezas, e estão inseridas de formas distintas no sistema de saúde municipal, podendo, assim, compor uma tipologia.

É objetivo geral da presente pesquisa elaborar tipologia de análise a partir do levantamento de perfis, padrões e dinâmicas das OS que atuam na rede municipal de saúde PMSP.

São objetivos específicos:

- 1) Identificar e analisar as características gerais OS que atuam na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo, quais sejam: origem, trajetória, tempo de existência, área de atuação, abrangência, composição, aspectos estatutários e arranjos institucionais;
- 2) Levantar características econômicas e financeiras das OS; e
- 3) Levantar o volume de recursos transferidos pela PMSP para as OS analisadas.

5. Delimitação e limitações da pesquisa

Como delimitação do alcance da pesquisa, optou-se pelo Município de São Paulo, no qual, em 07/06/2015, estavam registradas 30 OS qualificadas para atuação na saúde. A delimitação geográfica da pesquisa se deu em função do grande número de OS que detêm autorização para atuar na capital paulista, com perfis organizacionais diversos, mas também pela magnitude do orçamento público de saúde envolvido e da amplitude da rede de serviços sob responsabilidade dessas instituições.

Além disso, o Município de São Paulo detém o quarto maior orçamento público de saúde dentre as entidades federativas brasileiras, estando atrás apenas da União e dos Estados de São Paulo e de Minas Gerais. Com orçamento anual de cerca de R\$ 8 bilhões para o setor

da saúde em 2016¹, a PMSP repassou para as OS cerca de 40% dos recursos da saúde municipal no mesmo ano (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2015).

A escolha por circunscrever o estudo ao Município de São Paulo explica-se também pelo fato de as OS estudadas apresentarem uma identidade comum: disputam a possibilidade de firmar contratos com o mesmo contratante, a PMSP. Por fim, a análise restrita ao Município deve-se à maior facilidade de acesso aos dados e à limitação temporal do estudo de Mestrado.

Ao restringir a análise às OS qualificadas junto à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS), o estudo tem como limitação não abarcar organizações semelhantes, inclusive com sede na capital, que possam ter sido qualificadas pela rede estadual de saúde, ou mesmo que atuem em outras entidades federativas, mas que não apresentem autorização da PMSP para atuação como OS.

Outro aspecto da pesquisa refere-se à participação efetiva das OS na rede municipal de saúde. Algumas das 30 OS que compõem o estudo, embora qualificadas, ainda não firmaram contrato de gestão com a SMS ou receberam recursos da PMSP. Mesmo assim, diante da pretensão dessas organizações de atuarem na gestão de serviços de saúde, optou-se por traçar algumas de suas características. Ou seja, há dados apresentados que dirão respeito a todas as 30 OS estudadas, e dados que só estarão disponíveis para análise referentes àquelas OS que mantêm algum vínculo contratual com a PMSP. Na seção 3.2. Dados coletados, serão explicitadas limitações inerentes às diversas bases de dados consultadas.

Por fim, ao estabelecer o intuito de agrupar as OS em tipos, o estudo não alcançará aspectos referentes à gestão em si praticada pelas entidades. Assim, não serão objetos da pesquisa a análise aprofundada das OS, o desempenho, a eficácia ou a transparência destas na saúde municipal, ou outros aspectos de sua atuação.

¹ Despesas orçamentárias com saúde em 2016. Disponível em <https://www.tesouro.fazenda.gov.br>, <https://www.fazenda.sp.gov.br>, <http://www.fazenda.mg.gov.br> e <http://www.prefeitura.sp.gov.br>. Acessado em 01/06/2018.

METODOLOGIA

1. Metodologia empregada na presente dissertação

Os procedimentos metodológicos da presente pesquisa incluíram duas etapas: 1) revisão narrativa da literatura sobre modalidades de gestão de serviços no SUS; e 2) estudo sobre tipos de OS qualificadas para atuação na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo.

Na primeira etapa foi realizada a revisão narrativa de literatura, visando sistematizar a produção científica anteriormente publicada sobre modalidades de gestão de serviços de saúde no âmbito do SUS. Optou-se pela revisão narrativa uma vez que a questão de pesquisa não era tão específica que justificasse o desenho de revisão sistemática (Green et al., 2006).

A revisão buscou identificar as produções e também as lacunas do conhecimento científico sobre o objeto do estudo, as OS, assim como demais modalidades de gestão de serviços no SUS. Na revisão foram consideradas 33 (trinta e três) publicações, que trataram principalmente de aspectos conceituais, legais e práticas gerenciais dos modelos de gestão, e que também abordam contratos, compras, recursos humanos, financiamento e mecanismos de controle.

A revisão narrativa efetuada compõe artigo original (Ravioli et al., 2018) produzido e publicado, no periódico “Cadernos de Saúde Pública”, durante o período do Mestrado e que tem como primeiro autor o mesmo autor da presente dissertação.

O artigo científico na íntegra é reproduzido a seguir (entre páginas 12 e 32), incluindo, também, a metodologia de revisão utilizada. Esse artigo corresponde ao resultado da primeira etapa do presente estudo.

Na segunda etapa foram levantados e sistematizados informações e dados a partir de bases públicas, levantamentos documentais e institucionais, incluindo legislação, balanços e contratos firmados entre as OS e a PMSP. As tabulações e análises dos dados levantados permitiram a construção de tipologia das OS qualificadas para atuação na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo.

Utilizou-se o referencial de tipologia enquanto um esquema que visa ordenar e agregar o conhecimento existente sobre determinadas organizações (Bertero, 1981). Essa

abordagem permitiu preservar a riqueza e a complexidade do objeto de estudo, ao mesmo tempo em que traçou elementos comuns entre as organizações (Collier et al., 2012).

A pesquisa por meio de sistemas de classificações por vezes assume três nomenclaturas distintas: esquemas classificatórios, tipologias e taxonomias. Apesar de haver autores que distinguem tais abordagens (Silva e Rocha, 2010), o presente estudo utiliza essas denominações como categorias intercambiáveis ou similares, sem atribuir especial significado a cada uma delas e entendendo que as três abordagens classificam determinado agrupamento ou extrato dele por meio de conjunto de características semelhantes em certo grau e distintas de outros conjuntos (Chrisman et al., 1988).

A classificação por tipologia neste estudo, portanto, objetiva “*alocar organizações em grupos heterogêneos que, combinados, constituem conjunto organizacional mutuamente exclusivo*” (Doty e Glick, 1994, p. 232), sem, contudo, ser exaustivo, pois não foram analisadas todas as características das OS e o número de entidades analisadas é limitado. Adicionalmente, a pesquisa adota abordagem empírica no sentido de construir os tipos a partir de dados extraídos da realidade dessas organizações e não de hipóteses teóricas (Bailey et al., 1997; Silva e Rocha, 2010).

Outro aspecto de interesse considerado para a elaboração dos tipos é que tipologias costumam ser classificações valendo-se de mais de uma dimensão (Bailey et al., 1997), podendo ser elaboradas a partir de poucos atributos e características. Dessa maneira, como não apresentam caráter exaustivo, a utilidade do tipo elaborado é diretamente relacionada ao objeto sob análise e ao interesse nas características consideradas para a diferenciação (McKelvey, 1978), reforçando o objetivo de contribuir para uma compreensão do perfil das OS no Município de São Paulo.

Conforme o referencial utilizado, o estudo buscou elaborar tipologia de análise das OS qualificadas junto à SMS da PMSP, por meio de análise empírica através de documentos e informações da realidade dessas instituições.

Na prática, significou agregar e sistematizar informações sobre 30 (trinta) OS em grupos distintos segundo características que as diferenciem. A partir do agrupamento por meio de características selecionadas, descreveu-se os tipos e as particularidades dos perfis das OS qualificadas.

2. Ética em pesquisa

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP em 08/11/2016.

As informações do projeto foram retiradas de bases de dados públicas da PMSP e das próprias entidades estudadas.

PARTE 1 - REVISÃO NARRATIVA SOBRE MODALIDADES DE GESTÃO DE SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O texto a seguir reproduz o artigo original², resultado parcial da presente dissertação, publicado pelo periódico “Cadernos de Saúde Pública”, disponível na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e no Pubmed com as seguintes referências:

RAVIOLI, Antonio Franco; SOAREZ, Patrícia Coelho de; SCHEFFER, Mário César. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00114217, 2018.

1. Introdução

Os entes federativos que compõem o SUS, para cumprir a obrigação constitucional de assegurar assistência em saúde à população, podem gerir, manter e prestar serviços de forma direta ou indireta, inclusive mediante a participação complementar da iniciativa privada (Brasil, 1990).

Os estabelecimentos de saúde que atendem usuários do SUS exibem múltiplas composições organizacionais, formatos de administração e modelos de gestão, modificados ao longo do tempo por meio de reformas administrativas, interpretações jurídicas, decisões políticas e legislações complementares federal, estaduais e municipais.

Além de serviços de saúde próprios da administração direta da União, Estados e Municípios, o poder público delega ou transfere a titularidade ou a execução de serviços do SUS para a administração indireta, que pode ter diferentes personalidades jurídicas, entre elas as autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista. Para o mesmo fim de prestar assistência em saúde, o gestor público pode optar pela administração privada complementar, ao firmar contratos ou convênios com OS, associações civis sem fins lucrativos, fundações privadas ou empresas privadas (Scheffer e Aith, 2016).

² Foram alteradas as referências bibliográficas e a citação de abreviações que já tenham siglas explicitadas nesta dissertação. Adicionalmente, a publicação original foi formatada a fim de que pudesse compor capítulo da tese de Mestrado, atendidas as normas de formatação da FMUSP, incluindo a citação de todas as Referências Bibliográficas ao final do presente trabalho.

A produção científica sobre gestão dos serviços de saúde no Brasil (Paim et al., 2011) tem tratado da orientação da gestão de hospitais e unidades públicas, das práticas de gestores, da natureza e controle dos convênios, dos processos de trabalho e da percepção de usuários, principalmente por meio de relatos, ensaios, estudos de caso e pesquisas avaliativas. Quanto à gestão do sistema de saúde, os estudos até agora abordaram, dentre outros temas, a gestão participativa, o financiamento, a regulação e a avaliação de serviços (Santos e Teixeira, 2016).

Há, no entanto, uma importante lacuna sobre as características, o funcionamento e a eficácia dos arranjos e modelos em curso no interior do sistema público de saúde.

A presente revisão foca a produção de Saúde Coletiva, na subárea Política, Planejamento e Gestão em Saúde, visando sistematizar tendências e prioridades das abordagens teórico-conceituais e das investigações empíricas sobre modalidades específicas de gestão de serviços no âmbito do SUS.

Ao agregar evidências de pesquisas sobre dimensões que caracterizam, aproximam ou diferenciam os modelos destacados na literatura, espera-se contribuir para a compreensão dos desafios atuais e para o aprimoramento da gestão dos serviços de saúde.

2. Metodologia

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, que busca fornecer síntese da produção científica anteriormente publicada sobre determinado tema, sempre que a questão de pesquisa não seja tão específica a ponto de ser abordada com o desenho de revisão sistemática (Green et al., 2006).

Foi levantada a produção nacional no campo da Saúde Coletiva sobre modalidades de gestão de serviços de saúde no âmbito do SUS. Com o propósito de aumentar a reprodutibilidade e a transparência, a revisão empregou métodos explícitos e informou as bases de dados eletrônicos, termos utilizados na estratégia de busca, estratégia de rastreamento, critérios de elegibilidade, de extração de dados e abordagem de síntese.

O levantamento bibliográfico, realizado por um revisor (A.F.R.), ocorreu no período de 1º a 29 de maio de 2017. Incluiu as bases MEDLINE (via PubMed), EMBASE, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Google Scholar*. Foram considerados os trabalhos publicados de

janeiro de 2005 a dezembro de 2016. Estudos relevantes adicionais foram identificados em outras fontes, com base nas listas de referências de estudos obtidas na busca eletrônica.

O recorte temporal foi definido considerando-se o período posterior ao marco legal de uma das modalidades possíveis de gestão, as Parcerias Público-Privadas (PPP), regulamentadas pela Lei nº 11.079/2004 (Brasil, 2004). Com isso, buscou-se, no período analisado, contemplar produções sobre as principais alternativas de gestão existentes.

Nas estratégias de buscas foram utilizados termos de indexação específicos (*Medical Subject Headings* - MeSH; Descritores em Ciências da Saúde - DeCS). Para o MEDLINE e EMBASE foram incluídos os seguintes termos: “*State Reform*”, “*Reform of State*”, “*Models of Health Sector Reform*”, “*Health Sector Reform*”, “*Organizational Models*”, “*Health Organizations*” e “*Public-Private Partnerships*”. A busca também foi realizada com o filtro de data de publicação de 2005 a 2016 e com restrição para “*Brazil*”.

Nas bases LILACS e SciELO foram utilizados os termos para busca: “Reforma do Estado”, “Reforma do Setor Saúde”, “Modelos de Reforma em Saúde”, “Modelos Organizacionais”, “Organizações de Saúde”, “Parceria Público-Privada”, “Modelos de Gestão”, “Gestão de Serviços de Saúde”, “Gestão do Sistema Único de Saúde”. Em ambas, após a busca, selecionou-se o Brasil como o país relativo ao assunto.

Para *Google Scholar*, utilizou-se o sistema de busca específico desta base de dados. Além disso, foi realizada busca manual das referências citadas nos artigos selecionados nas bases anteriores. Foram obtidas publicações valendo-se dos seguintes termos: “Administração Direta”, “Organização Social”, “Fundação Estatal”, “Fundação Pública”, “Parceria Público Privada”, “PPP”, “Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares”. Os termos livres foram incluídos para aumentar a sensibilidade da estratégia de busca e para alcançar capítulos de livros, além de artigos científicos.

Dois revisores independentes (A.F.R., P.C.D.S.) leram os títulos e resumos das publicações identificadas e, na segunda etapa, leram os textos na íntegra. Foram consideradas elegíveis para análise as produções científicas (artigos científicos, livros, capítulos de livros, teses/dissertações e relatórios) que abordassem a apresentação, descrição ou discussão de características de pelo menos um modelo ou formato de gestão de serviços do SUS.

Inicialmente, foram eliminadas todas as publicações que não tratassem de assuntos ligados à saúde. Em seguida, foram excluídas as publicações que tratavam do sistema de

saúde, mas de assuntos não relacionados a modalidades de gestão de serviços, como descentralização, planejamento, protocolos clínicos, satisfação e participação de usuários, recursos humanos e processos de trabalho. Os artigos sobre serviços de assistência suplementar ou gestão de planos e seguros de saúde não foram incluídos.

Dois revisores independentes (A.F.R., P.C.D.S.) extraíram os dados (localização do objeto, modelo de gestão, desfechos, desenho da pesquisa, fonte dos dados, tipo de análise, número de participantes) das publicações selecionadas. No caso de discordância, a arbitragem foi realizada por um terceiro revisor (M.C.S.) e, então, as publicações agrupadas e categorizadas.

3. Resultados

Identificou-se 341 registros sobre o tema e, após a exclusão das duplicatas, foram rastreados 308 registros. Ao final da leitura na íntegra de 59 publicações, 33 delas foram incluídas na análise (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma da seleção de estudos da revisão

Foram considerados 27 artigos científicos, três relatórios, dois capítulos de livros e uma tese. Dentre os artigos, 23 (85%; 23/27) foram publicados em periódicos indexados e quatro (15%; 4/27) em fontes não indexadas. Em relação aos indexados, são os seguintes os periódicos que mais publicaram artigos que integram a revisão: Ciência & Saúde Coletiva (cinco artigos), Revista de Saúde Pública (quatro), Cadernos de Saúde Pública (três) e Einstein (dois artigos).

O Quadro 1 resume a localização, tipos de serviços, modelos de gestão analisados e desfechos dos estudos incluídos. Os trabalhos que mencionaram modelos específicos de gestão de serviços de saúde no SUS abordaram principalmente OS (61%; 20/33), administração direta (30%; 10/33), PPP (30%; 10/33) e Fundação Estatal (12%; 4/33). Em 11 estudos (33%; 11/33) foram abordados mais de um modelo de gestão ou comparação entre eles.

Dos 33 trabalhos incluídos, 18 publicações (54%; 16/33) analisaram a gestão de serviços localizados no Estado de São Paulo ligados à Secretaria Estadual de Saúde (SES) ou a alguma Secretaria de Saúde municipal. Há dois estudos (6%; 2/33) sobre equipamentos geridos no Mato Grosso e um estudo (3%; 1/33) analisou o modelo PPP nos seguintes locais: Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Roraima, São Paulo, Belo Horizonte (Minas Gerais), Manaus (Amazonas), cidade de São Paulo e Sorocaba (São Paulo).

Quanto aos serviços de saúde que compõem os estudos da literatura analisada, constam unidades e hospitais públicos geridos por Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, além de hospitais privados e universitários. Em 13 artigos (39%; 13/33) foram estudados exclusivamente hospitais; dois (6%; 2/33) analisaram hospitais e outras unidades de saúde; um artigo (3%; 1/33) analisou unidade de saúde não hospitalar. E, ainda, um dos estudos (3%; 1/33), de abrangência nacional, abordou estabelecimentos de saúde públicos e privados em geral. As demais publicações (48%; 16/33) não trataram especificamente de serviços de saúde.

Com relação aos desfechos observados nos trabalhos, quatro temas, dentre outros, são mais tratados na literatura revisada: recursos humanos, contratos e compras, mecanismos de controle, e financiamento.

Quadro 1: Publicações selecionadas segundo modelos de gestão, localização, tipos de serviços/instituições de saúde e desfechos

Modelos de gestão	Estudo	Localização	Serviços de saúde	Desfechos
Organização Social de Saúde (OS)	COSTA E SILVA et al., 2016	Rio de Janeiro (RJ)	SMS, Atenção Primária à Saúde	Contratualização, regulação, transparência pública e controle social
	PACHECO et al., 2016	Pernambuco	SES, SMS	Gestão estadual do SUS e o papel das OS; influências, decisões e questionamentos quanto à implementação, eficiência e autonomia gerencial das OS
	ROMANO et al., 2015	Mato Grosso	SES	Credenciamento, habilitação, contratualização, pagamento, controle e avaliação da SES
	CONTREIRAS; MATTA, 2015	São Paulo	SMS	Privatização da gestão: marcos legais das OS, contratos de gestão, convênios, caracterização das entidades contratadas, regulação e funcionamento
	RODRIGUES; SPAGNUOLO, 2014	Botucatu (SP)	Fundação UNI, Atenção Primária à Saúde	Processo de implantação, contrato de gestão, limitações dos mecanismos de controle
	CAMARGO et al., 2013	São Paulo	SES	Controle, grau de transparência, interatividade e acessibilidade aos portais de informação
	LA FORGIA; HARDING, 2009	São Paulo	24 hospitais	Eficiência de gestão, qualidade, custo, e gestão de recursos humanos
	SANO; ABRUCIO, 2008	Brasil, São Paulo	SES	Desempenho, responsabilização dos gestores, controle de resultados
	BARATA; MENDES, 2007	São Paulo	SES	Eficiência, qualidade

Modelos de gestão	Estudo	Localização	Serviços de saúde	Desfechos
	CARNEIRO JUNIOR; ELIAS, 2006	Região metropolitana de São Paulo	2 hospital municipais	Modelo gerencial, equidade na prestação de serviços e controle público
Parceria Público-Privada (PPP)	CABRAL; et al., 2016	Bahia	1 hospital	Relação público-privado, mecanismos de viabilização de projetos
	BARBOSA; MALIK, 2015	BA, CE, ES, DF, MT, RJ, RO e SP, Belo Horizonte (MG), São Paulo (SP), Sorocaba (SP), Manaus (AM)	36 hospitais, 328 UBS, 4 CDI, 4 CAL e 1 IF	Investimentos previstos, estágios de implantação dos projetos
	MELO; ALMEIDA, 2014	Rio Grande do Norte	Hospital universitário administrado pela EBSERH	Estrutura organizacional (burocracia e inovação do ambiente), conteúdo das metas a serem alcançadas, controle público sobre o setor privado
	MENDES et al., 2014	São Paulo (SP)	Hospital privado (HIAE)	Remuneração e gastos hospitalares por tipo de procedimento
	ANKER; PEREIRA, 2013	NI	10 hospitais e 2 unidades de saúde	NI
	KALIKS et al., 2013	São Paulo (SP)	Hospital privado (HIAE)	Produção do serviço: custos por tipo de procedimento, intervalos entre as fases de diagnóstico e tratamento
	ANDREAZZI, 2013	NA	NA	Gestão estatal, processo de implantação, relação público-privado
	SODRÉ et al., 2013	Brasil	Hospitais universitários federais (HUF)	Processo de implantação, recursos humanos, administração indireta
	MACIEL et al., 2005	Ribeirão Preto (SP)	Hospital público universitário (HCFMRP) ligado à SES e à Faepa	Eficiência, qualidade do atendimento

Modelos de gestão	Estudo	Localização	Serviços de saúde	Desfechos
Administração Direta (AD)	LORENZETTI et al., 2014	NI	2 hospitais privados, 1 gestor municipal, 1 gestor estadual, 1 gestor nacional	Limites da gestão pública (falhas na informação, planejamento e avaliação dos serviços) e da gestão privada (baixa responsabilidade pública)
	ANDRÉ et al., 2013²²	São Paulo (SP)	1 SMS, 10 UBS	Seleção e formação de pessoal, cultura organizacional
Fundação Estatal (FE)	LIMA; RIVERA, 2012	NI	4 secretarias de saúde contratantes e 4 hospitais de ensino contratados do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no SUS	Impacto dos arranjos contratuais no desempenho dos prestadores, estruturas e práticas de qualidade assistencial e gerencial
AD / OS	COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014	Brasil e Portugal	AD Portugal, AD Curitiba, OS RJ	Contratualização, cultura organizacional, participação, responsabilização dos profissionais
	DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012	NA	NA	Arranjos contratuais e incentivos profissionais nos serviços de saúde
	BARBOSA, 2010	São Paulo	1 hospital gerenciado pela AD, 1 hospital gerenciado pela OS	Eficiência, produtividade, baixa permanência de profissionais, remuneração
	BARBOSA; ELIAS, 2010	São Paulo	1 hospital gerenciado pela AD, 1 hospital gerenciado pela OS	Autonomia, práticas gerenciais, desempenho, monitoramento e avaliação, eficiência, produtividade, rotatividade, remuneração
	QUINHÕES, 2009	São Paulo (SP), região metropolitana de São Paulo	6 hospitais públicos estaduais	Modelo de governança, custos de transação, qualidade, eficiência técnica e de alocação de recursos
	LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008	São Paulo	SES	Eficiência, produção, qualidade do atendimento

Modelos de gestão	Estudo	Localização	Serviços de saúde	Desfechos
FE / OS	PUCINI, 2011	São Paulo e São Paulo (SP)	SES, SMS	Regime jurídico, constitucionalidade, relação público-privado
	IBAÑEZ; NETO, 2007	Brasil	NA	Regime jurídico
AD / Entidades sem fins lucrativos / Entidades empresariais	SANTOS et al., 2014	Brasil	52.055 estabelecimentos públicos, 45.394 estabelecimentos privados	Grau de autonomia, natureza jurídica
Fundação de Apoio OS / OSCIP / FE	NOGUEIRA, 2011	Brasil	NA	Conflitos de natureza política e ideológica, disseminação e futuro das modalidades de gestão no SUS
AD e OS PPP	MATZUDA et al, 2008	São Paulo	SES	Seleção de pessoal, carreira, benefícios salariais, pagamento e avaliação por desempenho, ações disciplinares

SES: Secretaria Estadual de Saúde;
 OS: Organizações Sociais; EBSEH:
 Empresa Brasileira de Serviços
 Hospitalares ; UBS: Unidade Básica
 de Saúde; CDI: centrais de
 diagnósticos por imagem; CAL:
 centros de apoio logístico; IF:
 indústria farmacêutica; HCFMRP:
 Hospital das Clínicas da Faculdade
 de Medicina de Ribeirão Preto;
 Faepa: Fundação de Apoio ao Ensino,
 Pesquisa e Assistência do HCFMRP
 da Universidade de São Paulo

NA: não aplicável; NI: não
 informado; SP: São Paulo;
 BA: Bahia; RJ: Rio de
 Janeiro; CE: Ceará; MT:
 Mato Grosso; ES: Espírito
 Santo, RO: Rondônia; DF:
 Distrito Federal; BH: Belo
 Horizonte

NI: não informado

Quanto às abordagens metodológicas, os desenhos de pesquisa mais frequentes foram estudos descritivos (36%; 12/33), pesquisa qualitativa (36%; 12/33) e estudos de caso (33%; 11/33). Em relação às análises, prevaleceram aquelas do tipo comparativa (33%; 11/33), descritiva (33%; 11/33) e de conteúdo (12%; 4/33). Algumas produções valeram-se de mais de uma metodologia, conforme disposto no Quadro 2.

Dez artigos (30%; 10/33) publicaram análises comparativas, sendo a mais frequente entre administração direta e Organização Social, empreendida em cinco artigos (15%; 5/33).

Em 16 artigos (49%; 16/33) foram utilizadas fontes secundárias, entre elas bibliografia, documentos e bases públicas de dados demográficos e administrativos. Já três artigos (9%; 3/33) usaram apenas fontes primárias, por meio de abordagens qualitativas, entrevistas ou grupos focais. Em outros 14 artigos (42%; 14/33) constam tanto fontes primárias quanto secundárias.

4. Discussão

Parte da literatura analisada busca a explicação das causas da emergência e da difusão dos modelos alternativos de gestão de serviços públicos de saúde. Para isso, autores percorrem múltiplas abordagens, dos postulados do neoliberalismo e das reformas do aparelho do Estado à apresentação dos instrumentos da administração privada como condutores de pior ou melhor desempenho dos serviços de saúde. Os modelos de gestão são apresentados ora como a modernização ora como a destituição do papel e das atribuições do Estado na saúde.

A primeira explicação, exógena e de natureza macropolítica, localiza-se no cenário de privatizações (Contreiras e Matta, 2015) e transferências de responsabilidades do Estado para o setor privado, com gradativo recrudescimento das políticas públicas e desmonte do aparato estatal (Bravo, 2006). Mas também está inserido no cenário da reforma gerencial, que previa transferir a oferta de serviços públicos para OS e provedores públicos não estatais, que passariam a receber recursos do Estado, com atuação regida por contrato de gestão. Outros objetivos eram a existência de agências reguladoras, a gestão baseada em resultados e a premiação por mérito, sob o argumento de tornar mais eficiente a administração pública, racionalizar os gastos e oferecer aos cidadãos serviços de melhor qualidade, atribuindo maior importância aos resultados financeiros e à produção dos serviços (Bresser-Pereira, 1997; Bresser-Pereira, 2017).

A segunda motivação, endógena à gestão, foi uma resposta às dificuldades da administração direta em gerir adequadamente serviços de saúde, devido à sua baixa capacidade operacional, falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, baixos controles de qualidade, influência política externa, burocracia excessiva para contratar pessoal, efetuar adequações de estrutura e comprar insumos, medicamentos e equipamentos. Somam-se as normas e procedimentos típicos da administração direta e a LRF, que limitavam a expansão e qualificação do quadro de recursos humanos (Nogueira, 2011; Ibañez e Neto, 2007; Couttolenc et al., 2007).

A literatura revisada também tratou de diferenças entre as modalidades de gestão, com base nos dados empíricos produzidos nos estudos e considerando as configurações jurídicas e os marcos legais constituintes.

Destacou-se que a administração direta obedece às normas que disciplinam o serviço público, a exemplo do art. 37 da Constituição Federal e da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 (Brasil, 1993). Já as OS, entidades estruturais da reforma gerencial do Estado de 1995 (Bresser-Pereira, 2017) foram regulamentadas pela Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (Brasil, 1998), por legislações estaduais e municipais, e legitimadas pelo Supremo Tribunal Federal em 2015 (Supremo Tribunal Federal, 2015). A instituição das PPP, que respeitam as normas do direito privado, ocorreu por meio da Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004 (Brasil, 2004). Sem legislação específica, há propostas em trâmite (Brasil, 2007) no Legislativo Federal para regulamentar as Fundações Estatais como organismos da Administração Pública Indireta, e que atribuem a elas maior flexibilidade e autonomia do que as atuais autarquias e fundações públicas de direito público. As fundações estatais foram propostas pelo Projeto de Lei Complementar nº 92/2007, que regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal (Nogueira, 2011; Ibañez e Neto, 2007).

Quadro 2: Publicações seleccionadas segundo procedimentos metodológicos utilizados

Desenhos de Pesquisa	Estudo	Fontes de dados	Análise	Participantes
Estudo Descritivo	CONTREIRAS; MATTA, 2015	Secundárias (revisão bibliográfica e análise documental)	Descritiva e análise de regulação	20 entidades privadas contratadas
	MENDES et al., 2014	Primárias (coleta de dados demográficos, fluxos de encaminhamento, tempo de espera, custos, evolução médica)	Descritiva	57 pacientes
	SANTOS et al., 2014	Secundárias (Pesquisa AMS/ IBGE)	Descritiva	97.449 estabelecimentos de saúde da Pesquisa AMS/ IBGE
	ANDREAZZI, 2013	Secundárias (revisão bibliográfica e análise documental)	Descritiva	NA
	CAMARGO et al., 2013	Secundárias (análise documental)	Construção de matriz de indicadores	NI
	KALIKS et al., 2013	Primárias (coleta de dados clínicos, intervalos entre exames e procedimentos) Secundárias (análise documental, dados administrativos)	Descritiva	51 pacientes
	SODRÉ et al., 2013	Secundárias (revisão bibliográfica e análise documental)	Descritiva	NA
	PUCCINI, 2011	Secundárias (análise documental)	Comparativa e análise da regulação	NA
	BARBOSA, 2010²⁷	Secundárias (análise documental)	Comparativa	2 hospitais
	BARBOSA; ELIAS, 2010	Primárias (entrevistas) Secundárias (Análise documental)	Comparativa	Dirigentes e profissionais dos 2 hospitais
	MACIEL et al., 2005	Secundárias (dados administrativos dos relatórios anuais do HCFMRP)	Comparativa	1 hospital público e 1 Fundação de apoio privada

Desenhos de Pesquisa	Estudo	Fontes de dados	Análise	Participantes
Pesquisa Qualitativa	PACHECO et al., 2016	Primárias (entrevistas e grupo focal) Secundárias (análise documental)	Análise de condensação de significados Kvale	18 entrevistados: gestores estaduais e secretários municipais de saúde
	BARBOSA; MALIK, 2015	Secundárias (revisão bibliográfica e análise documental)	Análise crítica	24 projetos de PPP
	ROMANO; SCATENA; KEHRIG, 2015	Primárias (entrevistas) Secundárias (análise documental)	Análise de conteúdo	6 entrevistados: técnicos da SES
	LORENZETTI et al., 2014	Primárias (entrevistas com informantes chave) Secundárias (Análise documental)	Comparativa	Entrevistados: diretores de hospitais de hospitais privados, autoridades executivas nas três esferas públicas
	SANO; ABRUCIO, 2008	Primárias (entrevistas abertas) Secundárias (revisão bibliográfica e análise documental)	Descritiva	32 entrevistados: gestores, Legislativo, Conselho Estadual de Saúde, acadêmicos e especialistas em gestão hospitalar
Estudo de Caso	COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014	Primárias (entrevistas) Secundárias (análise documental)	Comparativa	NI
	LA FORGIA; HARDING, 2009	Secundárias (dados administrativos do DATASUS e CNES)	Quantitativa	12 hospitais administrados por OS, 12 hospitais administrados por AD
	QUINHÕES, 2009	Primárias (entrevistas semiestruturados) Secundárias (Análise documental, dados administrativos do SIH e SIA do MS, CNES)	Comparativa	3 hospitais gerenciados por OS, 3 hospitais gerenciados por AD, entrevistados: diretores de 3 hospitais, diretor da CGCSS
Ensaio	ANKER; PEREIRA, 2013	Secundárias (revisão bibliográfica e análise documental)	Descritiva	3 projetos de PPP
	NOGUEIRA, 2011	Secundárias (revisão bibliográfica, análise documental, dados do CNES)	Descritiva	NA

Desenhos de Pesquisa	Estudo	Fontes de dados	Análise	Participantes
	IBAÑEZ; NETO, 2007	Secundárias (revisão bibliográfica e análise documental)	Comparativa	NA
Revisão de literatura	DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012	Secundárias (análise documental)	NI	NI
	BARATA; MENDES, 2007	Secundárias (revisão bibliográfica e análise documental)	NI	NI
Estudo exploratório	LIMA; RIVERA, 2012	Primárias (entrevistas) Secundárias (análise documental, dados administrativos)	Análise de conteúdo	Entrevistados: 6 dirigentes e 5 gestores
Pesquisa Qualitativa / Estudo de Caso	CABRAL; FERNANDES; RIBEIRO, 2016	Primárias (entrevistas semiestruturadas) Secundárias (análise documental)	Comparativa	Entrevistados: 1 Secretário Estadual da Fazenda, 2 assessoras técnicas do setor da saúde, 1 promotora de Justiça do estado, 1 presidente do consórcio hospitalar, 2 gerentes de bancos financiadores dos projetos
	COSTA E SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016	Primárias (entrevistas) Secundárias (análise documental)	Análise de implantação do sistema de governança	23 entrevistados: gerentes, coordenadores e usuários
	RODRIGUES; SPAGNUOLO, 2014	Primárias (entrevistas)	Análise de conteúdo	Entrevistados: 7 membros do Conselho Gestor da OS
	ANDRÉ et al., 2013	Primárias (entrevistas pelo método Delphi)	Quantitativa e qualitativa	Entrevistados: 10 gestores de unidades de saúde, 10 especialistas da área de saúde
	LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008	Secundárias (dados administrativos da SES, DATASUS e CNES)	Comparativa	12 Hospitais administrados por OS 10 Hospitais administrados por AD

Desenhos de Pesquisa	Estudo	Fontes de dados	Análise	Participantes
	MATZUDA et al, 2008	Primárias (entrevista em grupo focal) Secundárias (dados administrativos da SES, DATASUS e CNES)	Descritiva	20 hospitais públicos, OS, privados, públicos com fundação Entrevistados: médicos e enfermeiras 2 OS gerenciadoras dos hospitais HZL e HGSP
	CARNEIRO JUNIOR; ELIAS, 2006	Primárias (entrevistas com informantes chave) Secundárias (Análise documental)	Análise de conteúdo	14 entrevistados: direção, gerência, profissionais de saúde, usuários, conselheiros de saúde, deputados estaduais, secretários de saúde e técnicos da SES
Estudo de Caso / Estudo Descritivo	MELO; ALMEIDA, 2014	Primárias (entrevista semiestruturada) Secundárias (revisão bibliográfica)	Descritiva	1 entrevistado: gestor
			NI: não informado	NA: não aplicável; NI: não informado

O processo de compras públicas é um dos elementos principais do normativo da Administração Pública, que estipula uma série de obrigações e ritos para se firmar um contrato ou realizar uma compra. Para a administração direta, a Lei Federal nº 8.666/1993 é aplicada em sua integridade, gerando menor flexibilidade (Barbosa e Elias, 2010). No caso da Fundação Estatal, organismo da administração indireta, supõe-se maior celeridade em função da edição de regulamento próprio para as licitações, ainda que regidas pela Lei nº 8.666/1993 (Nogueira, 2011). Em relação às OS, percebe-se certa flexibilidade por não estarem submetidas às normas do direito público, com suas obrigações sendo estabelecidas com base em contratos de gestão (Ibañez e Neto, 2007; Sano e Abrucio, 2008). Por fim, as compras realizadas pelas PPP não estão sujeitas às restrições impostas às demais modalidades (Anker e Pereira, 2013; Matzuda et al., 2008).

Os formatos de contratação e remuneração de recursos humanos, e as políticas de meritocracia e de resultados são aspectos destacados por estudos da presente revisão que abordam modelos de gestão. Na administração direta, a contratação de pessoal deve seguir o disposto no art. 37 da Constituição Federal de 1988, que impõe a necessidade de se realizar concurso público com regime de estabilidade, com exceção dos cargos de livre nomeação e exoneração, o que por vezes gera dificuldades para a atualização dos funcionários (André et al., 2013; Lorenzetti et al., 2014). Essa obrigatoriedade, porém, é desfeita nos três demais modelos. Com algumas diferenças, todos podem realizar a contratação de pessoal via regime CLT (Barbosa e Elias, 2010; Sano e Abrucio, 2008; Ditterich et al., 2012; Quinhões, 2009; Barbosa, 2012). Além da flexibilização, destaca-se o resultado positivo na gestão de recursos humanos da OS frente a administração direta nos casos em que se identificou mudança na cultura organizacional, com maior participação dos funcionários e responsabilização (Costa e Silva et al., 2016).

Em relação ao financiamento dos serviços, as Fundações são remuneradas em função da produção, com pagamentos geralmente atrelados a metas pré-acordadas (Ibañez e Neto, 2007, Lima e Rivera, 2012). A remuneração por desempenho também é o instrumento para financiar as OS, por meio de contrato de gestão (Sano e Abrucio, 2008; Santos et al., 2014). As PPP também são financiadas por critérios e regras definidos durante a licitação (Anker e Pereira, 2013; Barbosa e Malik, 2015).

Independentemente da modalidade de gestão há previsão de mecanismos formais de controle interno e externo, como supervisão pelo Ministério da Saúde, controle e avaliação

pelo Tribunal de Contas da União, dos Estados e Municípios e Ministério Público, subordinação ao controle social desempenhado pelos Conselhos de Saúde e obrigações de publicização de decisões, gastos e contratos (Ibañez e Neto, 2007). As OS e PPP são constrangidas por contratos de gestão e mensuração de desempenho. Desde que estejam acordadas metas, instrumentos de acompanhamento, critérios objetivos para avaliar a produção e limites orçamentários, em tese é possível avaliar e cobrar as OS por melhores desempenhos (Sano e Abrucio, 2008). Já as PPP são apresentadas como portadoras de um modelo diferenciado de controle, por meio do “*estabelecimento de indicadores de desempenho output-bases, ou seja, baseados em metas e resultados (...) apurados a posteriori*” (Anker e Pereira, 2013; p. 163). A remuneração pelos serviços prestados ocorreria apenas após auferido o alcance do que foi estipulado em contrato.

Apesar dos mecanismos formais de controle e avaliação de desempenho, a literatura analisada aponta para falhas no processo de delegação dos serviços públicos de saúde à gestão não realizada pela administração direta. No caso das OS, aponta-se que a retórica do benefício do gerencialismo possa deixar de considerar os interesses privados que passam a atuar na gestão da saúde (Puccini, 2011). Sobre as PPP, a literatura indicou, com base em discussão descritiva e conceitual (Sodré et al., 2013) e de interação com atores relevantes na implementação deste modelo (Cabral et al., 2016), a capacidade do setor privado de influenciar e viabilizar projetos de seu interesse visando à obtenção de lucros.

Mesmo ao tratar de casos concretos, na produção analisada predominou a perspectiva conceitual do modelo, o arcabouço normativo, os regimes jurídicos, as práticas gerenciais e as relações contratuais. Mas houve também preocupação, em menor número de estudos, em apontar críticas à falta de transparência na prestação de contas pelas OS (Camargo et al., 2013), a expor interesses privados envolvidos na gestão dos serviços (Puccini, 2011) e a questionar a suposta ampliação do acesso da população aos serviços, proporcionada por esses modelos (Carneiro Junior e Elias, 2006).

Não há consenso entre os poucos estudos comparativos que buscaram mencionar a superioridade de um modelo sobre o outro. Hospitais públicos geridos por OS, quando comparados a hospitais geridos pela administração direta, têm maior eficiência econômica e melhor gestão de recursos humanos (Ibañez e Neto, 2007; Sano e Abrucio, 2008), além de menor gasto por leito hospitalar (La Forgia e Harding, 2009). Mas os serviços de São Paulo administrados por OS apresentaram performance similar a dos serviços de Curitiba (Paraná)

sob gestão da administração direta (Matzuda et al., 2008). Quanto ao desempenho de recursos humanos, as OS, em função da flexibilidade na contratação e remuneração (Barbosa e Elias, 2010), registraram maior qualificação da força de trabalho (Costa e Silva et al., 2016). Outro estudo indicou não haver, entre OS e administração direta, diferença na gestão de recursos humanos (Matzuda et al., 2008). As PPP e Fundações Estatais, talvez pelo fato de serem pouco difundidas, nem sequer foram objeto de comparação com outros modelos.

Além de poucas, as comparações de modelos são frágeis na literatura analisada. Apenas um estudo realizou avaliações econômicas comparando duas ou mais alternativas, avaliando simultaneamente os custos e resultados (La Forgia e Harding, 2009). Não foram implementadas, no universo de artigos considerados, avaliações de qualidade ou comparativas da gestão dos serviços de saúde geridos por diferentes modelos que considerassem atributos como os de acessibilidade, equidade, satisfação e eficiência.

Também não foram estudados possíveis impasses da convivência de distintos modelos na mesma rede, as repercussões da coexistência de padrões heterogêneos de gestão de pessoas, de serviços e remuneração, o que pode impactar a organização e o funcionamento do sistema de saúde como um todo, ou mesmo dificultar a configuração de rede integrada e serviços articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde em cada região delimitada.

E, ainda, não foram identificados nos estudos a realização de revisão sistemática ou narrativa da literatura, nem a utilização de *surveys* com gestores, usuários e profissionais de saúde, para citar dois exemplos de procedimentos metodológicos que poderiam ter sido acionados para analisar mais a fundo determinado modelo ou para comparar uma modalidade com outra.

A revisão demonstrou extrema concentração de estudos no Estado de São Paulo, com 18 publicações (55%; 18/33). Segundo a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), em 2009, dentre os 94.070 estabelecimentos de saúde do Brasil, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação, cerca de 15% deles (14.215) estavam localizados no Estado de São Paulo. Considerando-se a disseminação, por todo o país, de modalidades de gestão de serviços de saúde alternativas à administração direta, a concentração dos estudos em São Paulo não acompanha a distribuição dos estabelecimentos no território nacional, deixando de explorar a possível diversidade de expressão e de desfechos dos modelos.

Com predominância de estudos qualitativos, revelou-se frágil a descrição da metodologia da maior parte dos estudos selecionados, e algumas análises descritivas e de conteúdo implementadas não produziram conclusões ou mesmo inferências interpretativas. É limitado o conjunto de referenciais teórico-metodológicos usados nos artigos considerados, o que revela situação similar à já apontada por Deslandes e Iriart (2012), que, ao analisarem o repertório de metodologias utilizadas na produção científica das ciências sociais e humanas em saúde, concluíram que há *“monotonia e dominância de poucos tipos de modalidades de análise e de técnicas de produção de dados, reduzindo sobremaneira o amplo arsenal de escolhas e os novos e inovadores investimentos no percurso investigativo”* (Deslandes e Iriart, 2012, p. 2385).

À semelhança de revisões da literatura estrangeira (Basu, 2012; Rao, 2015), a presente revisão demonstrou que também são escassas na produção científica nacional evidências do real impacto, na gestão de serviços de saúde, de modelos alternativos ou de arranjos entre público e privado. Não está comprovado que um modelo é intrinsecamente mais eficiente ou superior a outro, embora estudos de caso isolados atribuam, à modalidade de gestão, resultados em determinados serviços ou em contextos específicos.

As análises que comparam aspectos ou atributos de eficiência ou qualidade de modelos (públicos, privados com e sem fins lucrativos, ou mistos) de gestão em saúde no mundo concluíram que as diferenças são pouco significativas ou inconclusivas (Barbosa e Elias, 2010; Matzuda et al., 2008, La Forgia e Harding, 2009). A eficiência da prestação de serviços, seja qual for a natureza da gestão, dependerá das características do sistema de saúde e de fatores como financiamento, regulação, controle social externo, grau de monitoramento público sobre a execução dos serviços conveniados ou contratados, competição, desenvolvimento institucional, políticas de contratação e de remuneração de pessoal.

5. Conclusão

Conclui-se que a literatura nacional sobre modelos de gestão de serviços no SUS produziu até o momento um número restrito de artigos publicados, é concentrada geograficamente, principalmente no Estado de São Paulo, traz poucos estudos de modalidades introduzidas mais recentemente ou menos difundidas e assimiladas, é marcada pela baixa diversidade de teorias e por fragilidades de aportes metodológicos, dá ênfase a

marcos legais e configurações jurídicas, prioriza os processos de contratualização, conveniamento, compras, recursos humanos, financiamento e controle.

A revisão aponta para a necessidade de produção científica que aprofunde o tema à altura de sua complexidade e abrangência, considerando que os modelos de gestão alternativos à administração direta são hoje hegemônicos na maior parte das redes públicas municipais e estaduais de saúde.

Dentre as abordagens que demandariam mais estudos estão os formatos societários, os trajetos de expansão da atuação e a acumulação de capital das organizações, entidades e empresas que atuam na gestão de serviços do SUS, bem como as redes de influência e os mecanismos por elas acionados para a preservação de seus interesses junto aos tomadores de decisão governamentais.

O presente trabalho também indica a importância de adotar outras abordagens metodológicas na literatura sobre o tema, de forma que possa alcançar pesquisas avaliativas capazes de comparar diferentes modelos e de lançar mão de procedimentos, métodos e instrumentos de pesquisa pelos quais a modalidade de gestão possa ser julgada pelo seu desempenho e seus efeitos na qualidade da assistência prestada, na saúde da população e na organização do sistema de saúde.

PARTE 2 - PROPOSTA DE TIPOLOGIA DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS QUALIFICADAS PARA ATUAÇÃO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO

A segunda parte dessa pesquisa é composta pelos seguintes tópicos: contextualização da saúde no Município de São Paulo; o surgimento e trajetória das OS no Município de São Paulo; e a elaboração de tipologia das OS qualificadas para atuação na saúde do Município de São Paulo.

1. Contextualização da saúde no Município de São Paulo

1.1. Características gerais e sociodemográficas do Município de São Paulo

O Município de São Paulo é a maior cidade do país, com quase de 12 milhões de habitantes, e apresentou crescimento médio anual de 0,7% de sua população desde 2001, quando registrava população de 10,5 milhões de habitantes³.

Nesse período, a população paulistana apresentou alterações em sua estrutura etária, com redução dos habitantes com idade entre 0 a 9 anos, faixa etária que foi de 16,0%, em 2001, para 13,2%, em 2018, e ampliação de moradores com 70 anos ou mais, cuja faixa etária cresceu de 4,3% para 6,3% no mesmo período⁴.

Assim, constata-se que o Município de São Paulo passa por transição demográfica (Rigotti, 2012), na qual a pirâmide etária apresenta achatamento da base e crescimento das faixas superiores, em função do envelhecimento da população residente.

Parte da alteração demográfica é explicada pela queda da natalidade, com redução de 2,5%, e crescimento da mortalidade, com aumento de 15,7%, entre 2007 e 2016 (Quadro 3).

³ Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde no TABNET da SMS no Portal da Prefeitura de São Paulo. Disponível em <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/POP/pop.def>; Fundação SEADE, 1996 a 2018. Acessado em 01/06/2018.

⁴ Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde no TABNET da SMS no Portal da Prefeitura de São Paulo. Disponível em <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/POP/pop.def>; Fundação SEADE, 1996 a 2018. Acessado em 01/06/2018.

Ambas as tendências somam-se aos fatores que confirmam a transição demográfica (Rigotti, 2012) do Município de São Paulo e contribuem para o entendimento dos próximos desafios da cidade, especialmente na área da saúde.

Quadro 3: Evolução dos nascidos vivos e de óbitos no Município de São Paulo, 2007 – 2016

Ano	Nascidos vivos por mães residentes MSP	Óbitos residentes MSP
2007	171.576	66.829
2008	173.502	67.073
2009	173.855	68.891
2010	174.275	70.129
2011	176.450	71.680
2012	175.882	70.955
2013	172.942	73.191
2014	175.811	74.176
2015	176.280	75.298
2016	167.297	77.344
Total	1.737.870	715.566

Fonte: Elaboração própria a partir de Fundação SEADE, 1996 a 2018

Em termos socioeconômicos, além do Produto Interno Bruto (PIB) municipal pode-se analisar a situação de vulnerabilidade da população residente em São Paulo, em relação à pobreza (proporção dos indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 255,00), acesso à saneamento básico (proporção de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados), e grau de escolaridade

No período 1991 a 2010, houve redução da vulnerabilidade da população paulistana, com queda de quase cinco pontos percentuais no índice relativo à pobreza, cuja proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a 1/2 salário mínimo foi de 19,5% para 14,7% no período (Atlas Brasil, s/d)⁵. Ainda em relação à vulnerabilidade, o Município registrou percentual de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados bastante reduzido em 2010, com 0,47% dos domicílios. Entretanto, também houve piora no referido indicador de saneamento, pois o Município registrou 0,34% dos domicílios com condições inadequadas de abastecimento de água e esgotamento em 2000 (Atlas Brasil, s/d)⁶.

⁵ Proporção dos indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 255,00 mensais, em reais de agosto de 2010, equivalente a 1/2 salário mínimo nessa data. O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.

⁶ Percentual de Pessoas em Domicílios com Abastecimento de Água e Esgotamento Sanitário Inadequados (1991 - 2010).

No campo educacional, a análise da expectativa de anos de estudos também sugere avanço tímido no período disponível, com indicador municipal e estadual registrando crescimento menor do que um ano de estudo: para o Município, índice estava em 9,80 anos, em 1991, e alcançou 10,10 anos, em 2010. Avanço semelhante foi registrado no Estado de São Paulo, indo de 9,70 para 10,30 no mesmo período (Atlas Brasil, s/d)⁷.

Em relação ao desenvolvimento econômico, o Município de São Paulo registrou, em 2014, o maior PIB municipal do país, R\$ 628,1 bilhões (IBGE, 2016), caracterizando-se como polo econômico. No período de 1991 a 2010, São Paulo apresentou expressivo crescimento da renda per capita, com quase 50% de aumento, de R\$ 1.051 para R\$ 1.516. (Atlas Brasil, s/d)⁸.

No contexto da saúde paulistana, vê-se que esta apresenta diversos desafios. A cidade convive com o crescimento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, hipertensão, diabetes, câncer, doenças pulmonares); a persistência de doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas ou atenuadas (tuberculose, sífilis congênita, meningite, hepatites virais, entre outras) e de doenças infecciosas emergentes e reemergentes, como HIV/Aids e dengue. Registra-se, ainda, na capital, alta carga de mortalidade por causas externas (acidentes trânsito, violências e homicídios), além de problemas de saúde relacionados ao consumo abusivo de drogas (álcool, fumo e crack) e à poluição atmosférica (doenças respiratórias).

A situação de saúde dos paulistanos é marcada por desigualdades regionais, quando analisados os 54 distritos da cidade de São Paulo. Por exemplo, a idade média ao morrer varia de 79,40 anos no distrito do Jardim Paulista a 55,70 anos no distrito de Jardim Ângela. O índice de homicídios de jovens (de 15 a 29 anos) do sexo masculino é de 10,44 por 10 mil habitantes dessa faixa etária no distrito do Campo Limpo. Na Vila Mariana, por outro lado, o indicador para esse tipo de crime é de 0,642 (Rede Nossa São Paulo, 2016).

O Programa de Metas da Cidade de São Paulo 2017 – 2020⁹ destaca a necessidade de reduzir a taxa de mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis selecionadas, contribuindo para o aumento da expectativa de vida, de reduzir a taxa de mortalidade infantil e de preparar-se para o envelhecimento da população.

⁷ Número médio de anos de estudo que uma geração de crianças que ingressa na escola deverá completar ao atingir 18 anos de idade, se os padrões atuais se mantiverem ao longo de sua vida escolar.

⁸ Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

⁹ Disponível em <http://programademetas.prefeitura.sp.gov.br/>. Acessado em 01/06/2018.

As metas estipuladas para o quadriênio 2017-2020 alinham-se ao diagnóstico feito pela SMS em seu Relatório Anual de Gestão de 2016 (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2017). A SMS destaca o envelhecimento da população, com aqueles acima de 60 anos já representando mais de 13,9% da população (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2017), tanto pelo aumento da expectativa de vida, como fruto da menor taxa de fecundidade no Município.

No caso do objetivo de reduzir a mortalidade infantil, vê-se que o Município de São Paulo já registrou avanço em tal indicador nos últimos anos. Houve forte queda na taxa de mortalidade infantil desde 1991, quando se registrou 24,2 mortes para cada 1.000 crianças nascidas vivas. Em 2010, o índice era de 13,20 (Atlas Brasil, s/d). Não obstante, objetiva-se alcançar índice de 10,7 até 2020 de acordo com o Programa de Metas da Cidade de São Paulo 2017 – 2020.

No caso da mortalidade geral no Município percebe-se certa estabilidade do índice nos últimos anos. Em 2016, o coeficiente de mortalidade geral registrou 6,1 óbitos para cada mil habitantes, sendo as doenças isquêmicas do coração (73,9/100.000 hab), as doenças cérebro-vasculares (45,6/100.000 hab) e câncer de mama feminino (20,0/100.000 hab.) as três principais causas de mortalidade por doença em 2016 (Quadro 4).

Quadro 4: Mortalidade geral (CMG/1.000 hab) e mortalidade por causas selecionadas (/100.000 hab), padronizados por faixa etária, no Município de São Paulo, 2017¹⁰

CMG/1.000 hab. [1]	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cérebro-vasculares	Diabetes mellitus	Câncer pulmão	Câncer colorretal	Câncer próstata	Câncer mama feminino
6,1	73,9	45,6	17,9	14,3	12,9	12,7	20,0

Fonte: Elaboração própria a partir de Atlas Brasil 2013 - Censo 2010

[1] Coeficientes calculados com população estimada para o ano 2016 (Fundação SEADE) e padronizados por idade com base na população de 2010 do município de São Paulo (IBGE). Padronização por idade é uma técnica utilizada para anular a influência da estrutura etária, permitindo a comparação entre diferentes territórios.

O perfil epidemiológico apresentado também indica estabilidade em patamares elevados de mortalidade por causas externas (Quadro 5). Os principais componentes do indicador, homicídios e atropelamento, apresentaram ligeira redução nos últimos anos, enquanto queda acidental, o terceiro fator mais relevante, cresceu desde 2007¹¹.

¹⁰ Fonte: SIM - Dados atualizados em 19/04/17, SINASC - Dados atualizados em 27/04/17 e Fundação SEADE - projeção de população residente em 01/07/16.

¹¹ Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/PRO-AIM – CEInfo –SMS-SP.

Quadro 5: Número de óbitos de residentes no Município de São Paulo por causas externas segundo ano do óbito, 2007 – 2016

Ano óbito	Óbitos residentes
2007	6.597
2008	6.237
2009	6.190
2010	6.402
2011	6.202
2012	6.534
2013	6.152
2014	6.436
2015	6.062
2016	5.729

Fonte: Elaboração própria a partir de Sistema de Informações sobre Mortalidade – CEInfo –SMS

1.2. Organização e funcionamento da rede municipal de saúde

A contextualização da situação da saúde do Município de São Paulo passa pelo dimensionamento dos recursos humanos e físicos à disposição da rede municipal de assistência à saúde.

De acordo com diagnóstico da própria PMSP e com os aspectos pactuados no Programa de Metas da Cidade de São Paulo 2017 – 2020¹², o Município tem como importantes desafios ampliar a cobertura da Atenção Básica¹³, garantir a qualidade nos estabelecimentos municipais e reduzir o tempo médio de exames e de atendimentos especializados.

A cobertura de Atenção Básica, ainda encontra-se bastante abaixo da meta de atingir 70% da população do Município, tendo registrado cobertura de 53,8% em 2013¹⁴.

¹² Disponível em <http://programademetas.prefeitura.sp.gov.br/>. Acessado em 01/06/2018.

¹³ “A Atenção Básica é o primeiro Ponto de Atenção à Saúde e a Principal Porta de Entrada do SUS. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.” (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2009).

¹⁴ Ministério da Saúde – DataSUS - Percentual de Cobertura de Equipes de Atenção Básica: 2008 – 2013.

Figura 2: Consultas no Município de São Paulo, sob gestão da PMSP, por tipo, 2008 – 2016

Nota: Inclui consulta e atendimentos¹⁵.

Com relação às consultas no Município nos últimos anos, aquelas relativas à Atenção Básica apresentaram decréscimo entre 2009 e 2015, mas voltaram a se ampliar em 2016. No caso das consultas especializadas e de urgência e emergência, houve crescimento entre 2008 e 2016 (Figura 2).

A análise das internações realizadas no Município, entre 2008 e 2016, indicam a predominância dos procedimentos cirúrgicos, seguidos por aqueles de caráter clínico e pelos obstétricos. Destaca-se que nos últimos dois casos houve crescimento das internações desse tipo no período, enquanto as internações cirúrgicas apresentaram maior estabilidade no mesmo intervalo de tempo (Quadro 6).

¹⁵ Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/. Acessado em 01/06/2018.

Quadro 6: Autorizações de Internações Hospitalares pagas por especialidade do leito, no Município de São Paulo, 2008 – 2016

Ano	Cirúrgico	Obstétricos	Clínico	Crônicos	Psiquiatria	Pneumologia Sanitária)	Pediátricos	Reabilitação
2008	217.162	96.891	165.103	11.992	24.574	298	61.903	339
2009	233.401	108.287	176.658	12.455	21.827	328	71.860	312
2010	249.343	110.293	197.853	12.582	22.156	306	76.209	300
2011	246.757	112.355	198.719	12.819	21.970	390	73.539	179
2012	247.465	111.565	191.973	12.793	22.662	155	70.798	270
2013	245.385	110.419	203.076	12.807	21.186	216	70.024	749
2014	243.149	112.813	203.923	12.335	20.238	161	67.716	980
2015	236.495	111.643	198.962	12.217	17.470	354	69.055	1.260
2016	238.867	113.797	200.485	11.289	15.176	431	71.704	1.924
Total	2.158.024	988.063	1.736.752	111.289	187.259	2.639	632.808	6.313

Ano	Leito Dia / Cirúrgicos	Leito Dia / Aids	Leito Dia / Fibrose Cística	Leito Dia / Intercorrência Pós-Transplante	Leito Dia / Geriatria	Leito Dia / Saúde Mental	Total
2008	3.972	866	-	-	-	1.921	585.021
2009	5.666	1.201	-	7	193	1.685	633.880
2010	4.457	1.077	3	20	311	1.854	676.764
2011	10.875	935	27	19	257	1.959	680.800
2012	15.773	948	1	112	271	2.210	676.996
2013	19.212	804	2	193	250	2.371	686.694
2014	21.973	778	3	305	376	2.271	687.021
2015	28.656	1.003	6	344	345	2.050	679.860
2016	43.913	902	2	615	256	1.375	700.736
Total	154.497	8.514	44	1.615	2.259	17.696	6.007.772

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde/DATASUS/Sistema de Informação Hospitalar – SIH

Em relação aos recursos físicos e humanos de São Paulo, vê-se que a oferta de saúde pública na capital é composta por estabelecimentos de responsabilidade estadual e municipal. Ao Estado, cabe principalmente a gestão de grandes hospitais de referência e de maior complexidade. O número total de estabelecimentos sob responsabilidade da PMSP – que inclui serviços de todos os níveis de atenção – apresentou crescimento de 57% desde 2006, com aumento de 424 unidades no período, chegando a 1.163 estabelecimentos em 2017 (Quadro 7).

Quadro 7: Número de hospitais e estabelecimentos totais de saúde no Município de São Paulo sob gestão municipal, 2006 – 2017

Ano	Número de hospitais	Número total de estabelecimentos
2006	53	739
2007	53	748
2008	57	832
2009	58	930
2010	58	943
2011	57	957
2012	57	1.070
2013	58	1.175
2014	60	1.198
2015	61	1.114
2016	62	1.152
2017	63	1.163

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde/DATASUS/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

A infraestrutura física também apresenta importante presença das OS. Segundo pesquisa sobre perfil dos Municípios, São Paulo dispunha de 241 estabelecimentos de saúde administrados por OS em 2014 (IBGE, 2014), o que corresponde a 20,1% dos estabelecimentos totais associados à SMS no mesmo período.

A situação dos recursos humanos da saúde mostra que o Município de São Paulo apresenta quase 40 mil profissionais dedicados à área sob responsabilidade da PMSP. Esse montante divide-se entre estatutários (62%), celetistas (26%), sem vínculo permanente (9%), estagiários (2%) e comissionados (1%). Ainda, do total de quase 40 mil, 13,5 mil são médicos (IBGE, 2014).

No dado apurado pelo IBGE não é detalhado o porte e volume de recursos envolvidos nos estabelecimentos sob gestão de OS. O dado de 2014, portanto, não alcança possíveis dinâmicas recentes de mudanças nos vínculos e formatos de contratação de pessoal.

1.3. Financiamento da saúde municipal

A saúde tem participação importante no orçamento do Município de São Paulo. Os gastos com a saúde paulistana, de R\$ 8 bilhões, em 2016, compreendem o quarto maior orçamento da saúde no país, quando comparado com outras entidades federativas no mesmo período, estando atrás apenas dos gastos realizados com o setor pela União (R\$ 314 bilhões), pelo Estado de São Paulo (R\$ 22 bilhões) e pelo Estado de Minas Gerais (R\$ 10 bilhões) (Ministério da Saúde, 2016).

Considerando os gastos aplicáveis para fins da contabilização do percentual mínimo gasto em saúde (Brasil, 2012), o Município de São Paulo dispendeu R\$ 8 bilhões em saúde em 20016, o que correspondeu a 22,8% da receita corrente líquida naquele ano, dando dimensão da proporção de gastos com saúde (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2016).

Em 2016, a origem dos recursos destinados à saúde teve a seguinte distribuição: 77,8% vindos do tesouro municipal, 21,7% advindos de recursos federais e 0,4% de recursos estaduais. Essa proporção, com predominância de recursos com fontes locais, é observada no Município ao longo dos últimos anos (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2016).

Com relação à destinação dos recursos, duas análises podem ser feitas. Primeiramente, constata-se a predominância de recursos destinados a atividades de média e alta complexidade, consumindo 61% dos recursos em 2016, cujo padrão repete-se nos anos anteriores. À Atenção Básica foram destinados 28% dos recursos, enquanto os demais foram dispendidos com investimentos, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, entre outros (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2016).

Outra análise relativa aos gastos refere-se à aplicação de acordo com os principais grupos de despesas (Quadro 8). Entre 2012 e 2016, cerca de 68% dos recursos da saúde foram destinados às categorias de pessoal e contratos de gestão e convênios. O terceiro maior

concentrador de recursos foi a rubrica de outros contratos. Nesse mesmo período, os investimentos na área nunca foram superiores a 3% do total disponível para a saúde.

Quadro 8: Principais grupos de despesas da PMSP, por ano de competência (valores nominais empenhados, 2012-2016, em milhões) (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2016)

Ano	Pessoal - direta e indireta	Contratos de Gestão e Convênios	Contratos Prestadores SUS	Outros Contratos e despesas de custeio	Materiais médicos e hospitalares	Medicamentos	Investimentos	Total
2012	2.220	2.428	677	916	176	181	136	6.734
2013	2.308	2.782	652	1.353	207	239	134	7.675
2014	2.356	3.082	728	1.245	233	174	193	8.011
2015	2.872	3.309	743	1.395	263	245	271	9.098
2016	3.135	4.098	764	1.433	257	220	266	10.173

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde/DATASUS - CNES; SMS-SP/CEInfo

2. Surgimento e trajetória das OS no Município de São Paulo

2.1. Criação e regramento das OS

As OS foram criadas na Reforma da Administração Pública da década de 1990 (Bresser-Pereira, 1997), pela Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (Brasil, 1998), e foram rapidamente autorizadas em alguns entes da federação, como o Estado de São Paulo, pela Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998 (Estado de São Paulo, 1998), ou mesmo utilizada para prestação de serviços em diversas áreas, como em Pernambuco, onde se autoriza a atuação das OS nas áreas de saúde, educação, meio ambiente, cultura, moradia, entre outras (Estado de Pernambuco, 2000).

No Município de São Paulo, a legislação que cria a figura das OS permite a atuação dessas entidades nas áreas de saúde, cultura, esportes, lazer e recreação (Município de São Paulo, 2006). Outra possibilidade trazida pela lei é a de cessão de servidores em cargos permanentes às unidades administradas pelas OS, permitindo que funcionários públicos também exerçam funções nessas entidades.

Uma importante diferenciação entre a legislação paulistana e a federal diz respeito à necessidade de a OS, no Município de São Paulo, ter que comprovar a atuação de ao menos cinco anos na área de interesse para ser qualificada pela PMSP.

O Município também permite que se firme contrato de gestão de serviço novo, para substituir serviço já instalado ou para administrar unidade existente que estava sob gestão da

administração direta. Esse tipo de prática não é permitida, por exemplo, no âmbito do Governo do Estado de São Paulo, no qual apenas é permitido firmar contrato de gestão para administrar novos serviços.

Mais de dez anos após a publicação da Lei das OS no Município (Município de São Paulo, 2006), cumpre sintetizar a história do instituto no âmbito da PMSP.

O Poder Executivo Municipal sancionou a Lei das OS no começo de 2006, apesar da falta de diálogo com Conselho Municipal de Saúde durante o processo legislativo (Kayano et al., 2007, p. 20). A partir da publicação da lei, iniciou-se o processo de qualificação das entidades como OS, a fim de habilitar tais instituições. O contrato de gestão passou então a ser a ferramenta utilizada pela Administração Pública Municipal para disciplinar a atuação das OS.

No Município de São Paulo, a entidade que tem interesse em firmar contrato de gestão com a Administração Pública deve primeiro interagir com a Secretaria Municipal de Gestão, responsável por qualificar as organizações. Para tanto, as entidades privadas devem:

I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;*
- b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;*
- c) ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta lei;*
- d) participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes dos empregados da entidade e de membros de notória capacidade profissional e idoneidade moral;*
- e) composição e atribuições da diretoria;*
- f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;*
- g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;*
- h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;*
- i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Município de São Paulo, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Município, na proporção dos recursos e bens por ele alocados nos termos do contrato de gestão;*

II - haver aprovação, quanto ao cumprimento integral dos requisitos para sua qualificação, do Secretário ou Titular do órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social, bem como do Secretário Municipal de Gestão.

Parágrafo único. Somente serão qualificadas como organização social as entidades que, efetivamente, comprovarem o desenvolvimento da atividade descrita no "caput" do art. 1º desta lei há mais de 5 (cinco) anos. (Município de São Paulo, 2006)

Havendo entidades qualificadas, as Secretarias finalísticas das áreas autorizadas podem dar sequência aos trâmites necessários para eventual contratação.

No caso da saúde, a SMS realiza seleção para definir qual das interessadas será responsável pelo gerenciamento das unidades, serviços ou ações de saúde envolvidas no processo.

Como se pode observar em diversos editais de chamamento público¹⁶, a seleção de uma OS começa com a publicação, em Diário Oficial, de um Comunicado de Interesse Público. Respeitando as políticas e diretrizes do Poder Público, as entidades qualificadas, que se propõem a gerenciar tais unidades, microrregiões, serviços ou ações de saúde, apresentam uma proposta técnica a ser submetida à avaliação de área técnica da SMS. A entidade que apresentar a proposta com melhor qualidade e menor custo – métrica para avaliar a suposta maior eficiência – será escolhida vencedora da seleção e poderá celebrar contrato de gestão com o governo municipal.

Uma vez firmado o contrato de gestão, a OS passa a ser responsável pela execução do serviço e a SMS fica a cargo do monitoramento e controle do serviço ou região. Assim, conforme prevê a Lei Municipal nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006 (Município de São Paulo, 2006), apenas a execução de serviços pode ser contratualizada via contrato de gestão.

As primeiras OS qualificadas, em 10/07/2006, foram Casa de Saúde Santa Marcelina, Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde, Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI), Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM)¹⁷. Em julho de 2018, havia 42 instituições qualificadas com OS no Município de São Paulo¹⁸.

Os contratos de gestão firmados estipulam metas e resultados que as OS devem atender para receber a integral remuneração dos serviços. O controle das OS, para além do monitoramento das metas, é, em tese, realizado de duas maneiras. Uma delas é pela reunião dos Conselhos Gestores das OS. As entidades são legalmente obrigadas a dispor de tal

¹⁶ Disponível em www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/editais/index.php?p=6177#01. Acessado em 01/06/2018.

¹⁷ Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/organizacoes_sociais/index.php?p=13877. Acessado em 01/06/2018.

¹⁸ Disponível em www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/organizacoes_sociais/index.php?p=13877. Acessado em 01/06/2018.

conselho (Município de São Paulo, 2006), sejam elas administradas de forma direta ou por instituições parceiras, sejam por meio de convênio ou por contrato de gestão. Tais conselhos monitoram as atividades da OS, deliberando sobre seu funcionamento e aspectos financeiros das entidades.

A segunda forma de controle se dá pela Comissão Técnica de Acompanhamento, que avalia o desempenho da execução dos contratos por meio da análise de informações contidas em relatórios mensais de produção e o cumprimento das metas e prazos acordados. A avaliação dos relatórios é mensal e a valoração das metas é consolidada a cada trimestre. Entretanto, como demonstra a literatura (Camargo et al., 2013; Contreiras e Matta, 2015; Ferreira Junior, 2003), há diversas fragilidades no processo de fiscalização, com demanda para melhoria de tal processo a fim de garantir que as organizações cumpram o contrato de gestão.

Com o intuito de gerar um equilíbrio salarial entre empregados diretos das OS e os servidores que trabalham em um mesmo serviço de saúde, a despeito da flexibilidade processual da OS, exige-se adequação ao Plano de Carreiras, Cargos e Salários da Saúde (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Gestão, 2010), implementado em 2008 (Município de São Paulo, 2008). A partir de tal marco, houve uma aproximação entre os patamares salariais dos servidores municipais e dos contratados pelas OS. Há que se considerar, contudo, a existência de discrepância na relação entre salários de médicos e corpo diretivo, com desigualdades não sanadas pelo normativo implementado (Ditterich et al., 2012).

2.2. As OS de saúde

Voltando-se para as 30 OS estudadas, constata-se que a maioria registra sede fiscal no Município de São Paulo. Em consulta à base oficial da Receita Federal¹⁹, feita a partir do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) usado para a qualificação por cada instituição, constatou-se grande concentração territorial. Dentre as 30 OS, apenas três encontram-se em outras localidades, sendo elas: Fundação do ABC (Santo André/SP), Instituto de Assistência

¹⁹ Disponível em https://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/cnpj/cnpjreva/cnpjreva_solicitacao2.asp. Acessado em 01/06/2018.

Básica e Avançada a Saúde – IABAS (Rio de Janeiro/RJ) e Associação Shozo Iwai (São Bernardo do Campo/SP). As demais estão sediadas na capital.

O primeiro contrato de gestão da PMSP foi firmado um ano após a publicação da Lei das OS, em 15 de fevereiro de 2007, com a Casa de Saúde Santa Marcelina, para administrar serviços na microrregião Cidade Tiradentes/Guaianases (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2007). Essa estratégia de terceirização foi ampliada no Município e é parte fundamental da prestação de serviços de saúde atualmente. Nos anos posteriores, foram assinados outros 48 contratos de gestão, totalizando 49 instrumentos desse tipo entre PMSP e OS. Todos os contratos de gestão seguiram o padrão de transferir diversos equipamentos já construídos ou operados pela PMSP e repassar recursos para que organizações privadas realizem a gestão desses estabelecimentos.

Em relação aos contratos assinados entre 2007 e 2009, destaca-se que 11 entidades diferentes lograram-se vencedoras dos 27 chamamentos públicos realizados. Naqueles realizados a partir de 2013, foram vencedoras sete entidades diferentes. Dentre estas últimas, cinco haviam firmado contrato na primeira rodada e também venceram chamamentos públicos realizados para novos contratos de gestão. É importante destacar, também, que além da redução do número de entidades contratadas no total, observou-se maior concentração entre elas, com a SPDM firmando sete contratos e a Associação Saúde da Família (ASF), cinco. As demais firmaram um ou dois contratos cada.

Sobre o valor dos contratos de gestão, nota-se relevante diferença entre aqueles firmados entre 2007 e 2009 e os iniciados em 2013. No primeiro grupo, o valor total dos contratos era da ordem de R\$ 2,8 bilhões, enquanto a soma dos contratos atuais aproximam-se dos R\$ 16,7 bilhões, em valores reais de 2018, corrigidos por meio do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado, elaborado pelo IBGE²⁰. Por outro lado, o número de aditivos caiu consideravelmente. Esse resultado pode ser fruto do melhor planejamento da SMS ou do fato de os contratos de gestão ainda estarem vigentes e serem passíveis de novos aditamentos.

Entre 2012 e 2016, PMSP ampliou significativamente os recursos destinados à saúde, crescendo em média 10,9% ao ano no período. Paralelamente, o montante destinado aos convênios e contratos de gestão elevou-se, em média, 14,1% no período (Prefeitura de São

²⁰ Inflação - IPCA - (% a.a.) - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor (IBGE/SNIPC) - PRECOS_IPCAG.

Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2016). Nesse mesmo período, as OS receberam ao menos 36% do orçamento da saúde paulistana e cada vez são maiores os volumes totais transferidos (Figura 3).

Figura 3: Percentual do gasto com contrato de gestão e convênios em relação ao gasto total da PMSP com saúde e despesas, em milhões de R\$, com contratos de gestão e convênios, 2012 – 2016

Fonte: (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. 2017)

O aumento dos gastos com as OS mobilizou a SMS a investigar possíveis melhorias no processo de contratação e no acompanhamento dessas entidades. A partir de análise dos novos contratos firmados, bem como dos procedimentos de contratualização, foram identificados os seguintes pontos de melhoria: “*concentração dos serviços de 29 contratos e 48 convênios em menos contratos de gestão; adoção de um modelo mais claro de territorialização do sistema de saúde; inclusão de mecanismos de reajustes dos contratos a partir de planos de trabalho anuais; criação do conceito de equipe mínima por unidade*” (São Paulo Negócios, 2015, p. 15).

A análise interna elaborada pela PMSP indicou ganho de eficiência e de gestão se houvesse maior concentração dos serviços sob um número menor de contratos. Também foi apontada a necessidade de melhor justificar e motivar a estratégia adotada de territorialização dos serviços e unidades, repensando composição adotada para a junção de unidades e serviços em um contrato em detrimento de outro. Por fim, indicou-se a necessidade de prever, no momento do Chamamento Público, critérios claros de reajuste

contratual baseados nos planos de trabalho, a fim de instaurá-los de maneira automática a partir de certos parâmetros, bem como a necessidade de prever equipes mínimas por unidade, a fim de garantir oferta mínima de serviço, multidisciplinariedade e qualidade nas unidades (São Paulo Negócios, 2015).

A mesma observação à falta de definição de equipe mínima foi feita pelo Tribunal de Contas do Município (TCM), diante dos editais de Chamamento Público nº 04/2016 e nº 05/2016, publicado pela SMS. Segundo o TCM, nos editais lançados, a “*Minuta do Contrato não apresenta definição da equipe mínima, [...] e demonstra apenas o número de profissionais da equipe médica (diurno e noturno), por especialidade, sem qualquer definição quanto a outros profissionais, tais como equipe de apoio, atendentes etc*” (Tribunal de Contas do Município de São Paulo, 2017).

Outro ponto levantado pelo TCM diz respeito às implicações limitadas do Plano de Trabalho, sendo este apenas ligado a critérios de desqualificação e não ao processo de julgamento das propostas na fase de seleção, ou nem a reajustes durante a vigência do contrato (Tribunal de Contas do Município de São Paulo, 2017).

Apesar dos pontos de melhoria e de esforço da SMS para aprimorar os contratos de gestão de saúde no Município, é preciso destacar as graves irregularidades já detectadas no âmbito das OS do Município de São Paulo.

Em outra análise realizada pelo TCM em contratos de gestão vigentes sorteados de maneira aleatória apontou-se irregularidades no acompanhamento e remuneração dos serviços, subcontratação além do permitido contratualmente e falta de necessidade clara de terceirização dos serviços (Tribunal de Contas do Município de São Paulo, 2010).

Posteriormente, em diagnóstico mais aprofundado e generalizado do sistema de OS no Município, o TCM mais uma vez apontou falhas de fiscalização, sem que tenha havido acompanhamento das metas, e incapacidade de atestar a efetiva execução dos serviços alegados (Folha de São Paulo e Yarak, 2014).

Em adição ao apontado pelo TCM, é preciso destacar a baixa transparência de disponibilização de dados e informações relativos aos contratos de gestão firmados pela PMSP. No portal de Prestação de Contas da SMS²¹, onde são encontrados diversos relatórios, ou em outros endereços de acesso à informação, destaca-se o pouco detalhamento

²¹Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/prestacao_de_contas/index.php?p=6163. Acessado em 01/06/2018.

dado à atividade que consome parte expressiva do orçamento. A título de exemplo, no Relatório Anual de Gestão de 2016 (Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 2017), a seção sobre contratos de gestão dispõe de apenas duas das 368 páginas do relatório, apesar de consumir cerca de 40% do orçamento da saúde no ano.

Nesse sentido, ressalta-se a limitada transparência das informações relativas às OS e as barreiras que a falta de dados impõe ao controle social de instrumento controverso. Ainda, vê-se com baixa aplicação dos seus mecanismos de controle, seja em termos conceituais (Camargo et al., 2013) ou nos casos concretos, com má formulação de metas e ausência de todos os relatórios (São Paulo Negócios, 2015).

Diante do apontado percebe-se que há diversos diagnósticos de pontos de melhoria na condução, acompanhamento e fiscalização das OS no Município de São Paulo, efetuados por órgãos e entidades municipais. Verifica-se que a identificação de problemas por parte da PMSP e por órgãos de controle, com análise crítica do instrumento do contrato de gestão, é geralmente desenvolvida sem individualização ou agrupamento dessas entidades, avaliando-as como um grupo similar. Assim, ao mostrar perfis, semelhantes ou diferenças entre as OS, o presente estudo pode auxiliar como ponto de partida inicial para futuros diagnósticos e planos de melhoria.

3. Tipologia das OS qualificadas para atuação na saúde do Município de São Paulo

A partir dos dados cadastrais, entre eles Razão Social, CNPJ e data de constituição, das 30 OS qualificadas pela PMSP até o final de 2015 (Quadro 9), foram consultadas as seguintes fontes para levantamento preliminar de informações: sites oficiais da SMS e da Secretaria Municipal da Fazenda, ambas da PMSP; processos administrativos da PMSP sobre as OS; Diários Oficiais dos Municípios de São Paulo e dos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo; sites, materiais e relatórios institucionais das próprias OS; jornais de grande circulação; site da Receita Federal, em seção sobre Emissão de Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral de Pessoa Jurídica²²; e plataforma de busca de CNPJ chamada “Consulta CNPJ”²³.

O levantamento dessas informações permitiu a proposição de três dimensões de interesse do estudo, as quais foram definidas após análise das variáveis obtidas. A seguir serão detalhadas as dimensões, os dados coletados para cada uma delas e, a partir da descrição dos dados, a tipologia proposta.

²² Disponível em http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/cnpjreva/Cnpjreva_Solicitacao.asp. Acessado em 01/06/2018.

²³ Disponível em <http://cnpj.info/busca>. Acessado em 01/06/2018.

Quadro 9: Relação de OS qualificadas junto à PMSP analisadas no presente estudo

Razão Social	Nome abreviado	CNPJ Matriz	Sede fiscal	Data de constituição
Casa de Saúde Santa Marcelina	Santa Marcelina	60.742.616/0001-60	São Paulo	04/02/64
Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde	Sanatorinhos	60.740.719/0001-90	São Paulo	16/01/31
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	SECONCI	61.687.356/0001-30	São Paulo	20/03/64
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	SPDM	61.699.567/0001-92	São Paulo	26/06/33
Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM)	CEJAM	66.518.267/0001-83	São Paulo	20/05/91
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	St Casa Misericórdia SP	62.779.145/0001-90	São Paulo	31/08/00
Associação Beneficente de Assistência Social e Saúde	Pro Saude	24.232.886/0001-67	São Paulo	20/01/05
Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	Sagrado Coração de Jesus	61.617.908/0001-33	São Paulo	05/09/63
Associação Beneficente de Coleta de Sangue	COLSAN	61.047.007/0001-53	São Paulo	01/08/59
Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem	FIDI	55.401.178/0001-36	São Paulo	29/01/86
Fundação do ABC	Fundação do ABC	57.571.275/0001-00	Santo André	15/09/67
Associação Congregação de Santa Catarina	Santa Catarina	60.922.168/0001-86	São Paulo	21/10/57
Associação Saúde da Família	ASF	68.311.216/0001-01	São Paulo	01/10/92
Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro	St Casa Misericórdia St Amaro	57.038.952/0001-11	São Paulo	15/12/00
Organização Santamarense de Educação e Cultura	OSEC	62.277.207/0001-65	São Paulo	28/06/68
Centro de Oftalmologia Tadeu Cvintal	Tadeu Cvintal	05.099.467/0001-54	São Paulo	29/05/02
Associação Comunitária Monte Azul	Monte Azul	51.232.221/0001-26	São Paulo	18/05/79
Fundação Faculdade de Medicina	FFM	56.577.059/0001-00	São Paulo	30/09/86
Instituto Brasileiro de Controle do Câncer	Inst Br Controle de Cancer	62.932.942/0001-65	São Paulo	04/05/68
Sociedade Beneficente São Camilo	São Camilo	60.975.737/0001-51	São Paulo	17/07/23
Instituto de Responsabilidade Social Sírío Libanês	IR Sirio Libanes	09.538.688/0001-32	São Paulo	04/04/08
Instituto SAS	SAS	05.576.125/0001-88	São Paulo	01/03/03
Instituto de Assistência Básica e Avançada a Saúde	IABAS	09.652.823/0001-76	Rio de Janeiro	28/05/08
Instituto Social Esporte e Educação	Inst Social Esp e Educ	10.371.893/0001-35	São Paulo	27/11/08

Razão Social	Nome abreviado	CNPJ Matriz	Sede fiscal	Data de constituição
Instituto Movimento de Esporte, Educação, Saúde e Meio Ambiente	Inst Mov de Esp, Educ, Saúde e MA	06.064.716/0001-39	São Paulo	08/12/10
Instituto Social Hospital do Coração	Hospital do Coração	13.263.211/0001-69	São Paulo	21/01/11
Associação Shozo Iwai	Shozo Iwai	00.962.843/0001-79	São Bernardo do Campo	04/12/95
Instituto Brasileiro de Gestão Cultural	Inst Br de Gest Cultural	09.300.324/0001-10	São Paulo	12/11/07
Casa de Isabel Centro de Apoio à Mulher, à Criança e o Adol. V. Sit. Risco	Casa de Isabel	04.488.578/0001-90	São Paulo	10/05/01
Sociedade Assistencial Bandeirantes	Bandeirantes	46.543.781/0001-61	São Paulo	16/05/75

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PMSP e da Receita Federal

3.1. Dimensões de interesse

Nesse trabalho, a partir de levantamento prévio de dados e características das OS, foram idealizadas três dimensões de interesse para agrupamento de informações que pudessem ser úteis à proposição de uma tipologia das OS que atuam na rede municipal de saúde de São Paulo.

A elaboração das dimensões levou em conta dois fatores: 1) a disponibilidade das informações; e 2) a capacidade das informações de caracterizar, aproximar ou discriminar o perfil e a atuação das OS no Município de São Paulo. São elas:

PRIMEIRA DIMENSÃO

Identitária: refere-se ao conjunto de características que define a identidade institucional da OS. Nesta dimensão foram considerados dois elementos: o tempo de existência das OS; e os objetivos e finalidades societárias das entidades, expressas nos seus estatutos sociais.

SEGUNDA DIMENSÃO

Contábil-financeira: dentre os inúmeros quesitos que compõem as demonstrações contábeis das OS, capazes de revelar sua posição patrimonial e financeira, foram utilizadas duas informações: a receita bruta das entidades, como definidor, ainda que limitado, do porte financeiro de cada instituição; e a proporção de recursos destinados à contratação de pessoal em relação ao faturamento total. Esta dimensão considerou o balanço global das OS, sendo que muitas delas têm atividades não apenas relacionadas à saúde e parcerias celebradas com outras instâncias, além da PMSP.

TERCEIRA DIMENSÃO

Relacional: refere-se à forma e intensidade com que a OS se relaciona com a PMSP. Embora a relação possa ser medida por características dos contratos de gestão, ajustes, acordos, ou pelo número de serviços e volume de produção assistencial sob gestão da OS, optou-se aqui por um dado específico dessa relação com o poder público municipal: o volume de recursos públicos transferidos pela

PMSP para as OS para a prestação de serviços entre 2008 e 2016. Também neste quesito, verificou-se a destinação de recursos para a OS segundo classificação da PMSP de finalidade da transferência.

3.2. Dados coletados

A partir das informações disponíveis, valendo-se de levantamento de dados obtidos em documentos públicos e bases oficiais, que permitiram a definição de três dimensões de análise, partiu-se para a elaboração da tipologia das OS qualificadas junto à SMS. O Quadro 10 detalha as principais informações utilizadas no presente estudo, descrevendo-as, indicando quais são as informações extraídas dos documentos, o local em que foram obtidos e as principais limitações de cada dado.

Quadro 10: Relação de documentos, fontes, características e limitados das informações utilizadas no estudo

Documento	Fonte	Características	Informações extraídas	Limitações dos dados
CNPJ e Situação do cadastro	Receita Federal, Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral de Pessoa Jurídica, Diário Oficial do Estado de São Paulo e Sistema "Consulta CNPJ"	Número de CNPJ e comprovante de validade e da situação cadastral do CNPJ	1. Situação cadastral; 2. Sede fiscal; 3. Regime jurídico; 4. Quantidade e número de CNPJs por entidade	Dados autodeclarados e pendentes de atualizações constantes e plataforma de busca pode não ser exaustiva
Estatuto ou contrato social da OS	Prefeitura de São Paulo, Secretaria Municipal de Gestão, Sistema Municipal de Processos (SIMPROC)	Documento que institui a entidade e define seus objetivos, capital inicial e sócios	1. Objetivos sociais; 2. Atividades desenvolvidas; 3. Natureza jurídica; 4. Tempo de existência	Documento passível de atualizações, que podem alterar informações disponibilizadas no momento da qualificação
Demonstração de Resultado do Exercício (DRE) da OS	Sites Institucionais das OSs, Diários Oficiais dos Municípios de São Paulo e Rio de Janeiro e do Estado de São Paulo, Jornais de grande circulação	Demonstração contábil que indica a posição financeira da organização em determinada data	1. Faturamento; 2. Gasto com recursos humanos	Cada CNPJ publica uma DRE específica. As instituições podem ter mais de um CNPJ, de forma que dificulta o entendimento da situação financeira de um grupo econômico
Relatório de transferência de recursos da PMSP	PMSP, Secretaria Municipal da Fazenda, Sistema Financeiro	Sistema que informa as transferências de recursos da PMSP	1. Transferência total de recurso por CNPJ, por ano; 2. Transferência de recurso por CNPJ, por ano, na rubrica "Saúde"; 3. Tipos distintos de rubricas com transferência por CNPJ; 4. Gastos por rubrica em saúde	Dado de destinação do gasto é pouco claro com relação aos elementos que o compõem, impedindo detalhamento maior sobre destinação
Contratos de Gestão	Portal de Transparência da Prefeitura de São Paulo	Documento que dispõe sobre os serviços e obrigações contratadas	1. Valor do contrato; 2. Número de estabelecimentos sob gestão da entidade	Contratos de gestão podem ser totalmente alterados pelos aditivos, limitando o uso do documento sem a análise dos aditivos

Fonte: Elaboração própria

A despeito do detalhamento das fontes de cada documento e dado utilizados na presente pesquisa, cumpre detalhar a função de cada informação, especificando sua utilidade para a classificação das OS:

1. **CNPJ e Situação do cadastro:** trata-se de consulta ao *status* do CNPJ, que traz informações sobre a sede fiscal da organização, o regime jurídico desta e se esta se encontra ativa. Essa informação é relevante para entender a origem fiscal de cada entidade, indicando os centros econômicos e locais de onde operam. Tais informações foram utilizadas para compor as características gerais das OS. É importante ressaltar que tais informações podem ser alteradas, de forma que a utilizada data do momento da coleta, em 25/02/2018. O CNPJ também foi um dado utilizado para efetuar outras buscas, pois é a principal identificação de uma entidade. Assim, o CNPJ da matriz, indicado pela OS no momento da qualificação, foi o principal cadastro utilizado. Não obstante, também foram levantados outros números de CNPJs por cada entidade, por meio de plataforma denominada “Consulta CNPJ”, para obtenção de informações mais completas das OS.
2. **Estatuto ou contrato social:** são documentos que apresentam os objetivos, direitos e regras dentro de uma determinada organização. Os estatutos sociais são documentos registrados em cartórios e que indicam a fundação de cada entidade e podem ser alterados com o desenvolvimento e evolução destas, devendo, para tanto, haver uma assembleia dos membros e novo registro em cartório. Para esta pesquisa, utilizou-se os estatutos apresentados pelas entidades no momento do pedido de qualificação. Ainda que estes possam ter sido alterados após tal marco, pretendeu-se identificar características comuns e dissonantes em um momento comum entre todas as entidades.
3. **Balanço patrimonial e demonstrações contábeis:** indicam a situação financeira de uma entidade em momento específico. A elaboração desses documentos pode ter periodicidade variada, mas é

normal que sejam publicados em períodos longos, como semestral ou anualmente. Para esta pesquisa, utilizou-se os últimos balanços e demonstrações anuais encontradas, com a grande maioria das entidades tendo disponibilizado informações de 2015 ou 2016, com exceção daquelas que aparentam já terem encerrado suas atividades. As análises desses documentos são essencialmente financeiras e de proporção de gastos. Assim, tais dados serviram principalmente para caracterizar a situação Contábil-financeira das OS.

4. **Relatório de transferência de recursos da PMSP:** consiste em sistema *online*²⁴ no qual é possível extrair os gastos da PMSP e transferência de recursos a terceiros e prestadores de serviços, a partir de categorias como: CNPJ credor, ano, elemento de despesa, tipo de despesa, entre outros. Essa fonte de informação foi utilizada para aprofundar a relação da OS com a PMSP e investigar as áreas de atuação nas quais tais CNPJs atuam. Essas informações foram utilizadas para construir a dimensão Relacional.
5. **Contrato de Gestão:** é o arranjo jurídico entre a PMSP e as OS qualificadas que se lograram vencedoras dos Chamamentos Públicos realizados. Esses documentos trazem o objeto do contrato, os itens que compõem o acordo entre as partes, o prazo de vigência, os recursos financeiros e imobiliários a serem utilizados na prestação do serviço, as obrigações e responsabilidade de cada parte, o método de acompanhamento, avaliação e fiscalização, as metas e as penalidades. Os contratos de gestão podem ser alterados mediante termo aditivo e foram utilizados para compor as características gerais das OS estudadas.

A partir das informações levantadas, analisou-se os dados e padrões encontrados e procedeu-se para o agrupamento das OS em grupos suficientemente parecidos.

Um esclarecimento necessário acerca dos contratos de gestão deve ser feito. Nesse levantamento os aditivos contratuais executados, que podem alterar escopo e valor do

²⁴ Disponível em <http://rsv.prefeitura.sp.gov.br>. Acessado em 01/06/2018.

contrato inicial, não foram analisados separadamente. Identificou-se que foram realizados 411 aditivos nos 49 contratos de gestão assinados pela PMSP, de forma que analisar cada documento inevitavelmente deslocaria o foco da presente pesquisa para outras questões. Os contratos de gestão foram analisados em blocos para a caracterização inicial das OS. Assim, na formação de tipos, conforme dado disponível, optou-se por analisar o montante de recursos transferidos pela PMSP para a OS, somando o período analisado, incluindo todos os contratos e aditivos no mesmo período.

3.3. Análise dos dados

Detalharemos a seguir as informações que compõem as três dimensões de análise das 30 OS qualificadas junto à SMS que foram estudadas nesse trabalho (Quadro 9).

Para o levantamento dos dados utilizados nas Dimensões 2 e 3, realizou-se identificação de outros CNPJ associados ao CNPJ da matriz de cada OS, que foi utilizado pelas entidades para qualificação junto à PMSP. A criação e utilização de outro CNPJ consiste em prática comum, autorizada pelo art. 1.000 do Código Civil, Lei Federal n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Brasil, 2002), usada pelas empresas e instituições para a atuação em Unidades da Federação distintas, criação de novo corpo diretivo típico ou mesmo diversificação e expansão de atividades.

Para alcançar os CNPJ das filiais das OS do presente estudo, utilizou-se plataforma de busca de CNPJ chamada “Consulta CNPJ”²⁵, na qual é possível realizar o levantamento de CNPJ associados a determinada razão social ou nome fantasia. Nessa plataforma, foram utilizadas as razões sociais de cada OS para a busca de outros CNPJ.

Ressalta-se, entretanto, que não foi possível confirmar o levantamento de todos os CNPJ das filiais, pois não há garantia de que a referida plataforma acessa todas as bases públicas para identificar os cadastros completos de cada OS. Assim, é possível que existam CNPJ não abarcados no presente levantamento, caracterizando-se como limitação deste estudo.

O levantamento resultou em 183 CNPJ de filiais para as 30 OS qualificadas, os quais, somados aos 30 CNPJ da matriz, resultaram em 213 cadastros (Quadro 11). Essa identificação foi especialmente importante para as análises financeiras e de transferências de

²⁵ Disponível em <http://cnpj.info/busca>. Acessado em 01/06/2018.

recursos, pois tanto o balanços e demonstrações contábeis, como a identificação dos recursos transferidos pela PMSP foram extraídos a partir da busca pelo CNPJ.

O número detalhado de cada um dos CNPJ encontrados está disponível no Anexo Único – Relação de CNPJ identificados, deste trabalho.

Quadro 11: Número total de CNPJ, matriz e filial, identificados por OS

Nome abreviado	Número total de CNPJs identificados
SPDM	55
Pro Saude	22
São Camilo	21
SECONCI	16
Santa Catarina	14
St Casa Misericórdia SP	9
Santa Marcelina	8
Fundação do ABC	7
CEJAM	6
Sagrado Coração de Jesus	6
Sanatorinhos	6
Bandeirantes	5
FFM	4
Tadeu Cvintal	4
ASF	3
IABAS	3
Monte Azul	3
IR Sirio Libanes	3
COLSAN	2
Inst Br Controle de Cancer	2
OSEC	2
SAS	2
Shozo Iwai	2
St Casa Misericórdia St Amaro	2
Casa de Isabel	1
FIDI	1
Hospital do Coração	1
Inst Br de Gest Cultural	1
Inst Mov de Esp, Educ, Saúde e MA	1
Inst Social Esp e Educ	1

Fonte: Elaboração própria a partir de consulta à plataforma "Consulta CNPJ"

3.3.1. Dimensão 1 – Identitária

A primeira dimensão criada foi a Identitária, composta por informações acerca do tempo de existência (Quadro 12), da natureza jurídica e das grandes áreas de atuação previstas no objetivos e finalidades estatutárias das OS (Quadro 13). A intenção com essa dimensão foi identificar a evolução histórica de cada OS, por meio de seus relatórios, estatutos e *sites*, inclusive o que cada estatuto disponibilizado no momento de qualificação prevê em termos de finalidade social da instituição.

Nessa dimensão foram criados dois tipos: “Longevidade” e “Grandes áreas de atuação”.

Longevidade

A Longevidade das OS corresponde ao tempo de existência das OS, em anos, entre a data de fundação da entidade e o final de 2017. A data de constituição das OS foi extraída dos estatutos de cada uma para caracterização do perfil de idade das entidades.

A análise dessa variável mostra diversidade de tempo de existência (Quadro 12). Ao passo que há instituições centenárias, como a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e a Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro (fundadas em 1900), há também entidades qualificadas com menos de dez anos de atuação em relação ao final de 2017, como o Instituto Social Hospital do Coração (fundado em 2011) e o Instituto Movimento de Esporte, Educação, Saúde e Meio Ambiente (fundado em 2010). Vê-se também que o tempo médio de existência de todas as OS é de aproximadamente 42 anos.

Dentre as instituições analisadas, dez têm menos de 20 anos de existência, ou seja, foram criadas após a Lei Federal que institui as OS (Brasil, 1998). Em relação às outras 20 OS, que registram mais de 20 anos de existência, três foram criadas há menos de 30, significando que são posteriores à Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e 17 instituições têm mais de 31 anos desde sua criação.

A diversidade de tempo de existência foi agrupada em duas categorias: entidades com mais de 20 anos de existência e aquelas com menos de 20 anos de criação. O marco em 20 anos refere-se à publicação da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (Brasil, 1998), que inaugura a figura das OS no ordenamento jurídico brasileiro. Entre a publicação da Lei

e o final de 2017, passaram-se 19 anos e 7 meses. Como todas as entidades respeitam esse intervalo, adotou-se corte de 20 anos para facilitar a referência.

Quadro 12: OS qualificadas junto à PMSP, segundo longevidade

Longevidade	Nome abreviado	Tempo de existência (anos)
Mais de 20 anos	St Casa Misericórdia SP	117
	St Casa Misericórdia St Amaro	117
	São Camilo	95
	Sanatorinhos	87
	SPDM	85
	Santa Catarina	60
	COLSAN	58
	Sagrado Coração de Jesus	54
	Santa Marcelina	54
	SECONCI	54
	Fundação do ABC	50
	Inst Br Controle de Cancer	50
	OSEC	50
	Bandeirantes	43
	Monte Azul	39
	FIDI	32
	FFM	31
	CEJAM	27
	ASF	25
	Shozo Iwai	22
Menos de 20 anos	Casa de Isabel	17
	Tadeu Cvintal	16
	SAS	15
	Pro Saude	13
	Inst Br de Gest Cultural	10
	IR Sirio Libanes	10
	IABAS	10
	Inst Social Esp e Educ	9
	Inst Mov de Esp, Educ, Saúde e MA	7
	Hospital do Coração	7

Fonte: Elaboração própria a partir dos estatutos sociais das OS

Esta seleção mostra que a grande maioria das instituições (20, dentre 30) foi criada antes da existência da figura jurídica da OS e que apenas 10 entidades passaram a existir após tal marco. Dessa maneira, apesar da variedade em termos de tempo de existência, percebe-se concentração, dentre as OS qualificadas, de entidades com mais de 20 anos,

sugerindo que essas se adequaram, jurídica e estatutariamente, para atuar como OS no Município de São Paulo.

Algumas entidades mantêm o estatuto social da instituição original, com adaptações em suas finalidades e objetivos societários para a qualificação como OS. Outras entidades foram criadas a partir de outras instituições, as quais são ligadas, para a atuação como OS, sendo este o caso do Instituto de Responsabilidade Social Sírío Libanês, que possui estatuto social distinto da Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírío-Libanês. Neste estudo, foi considerado o estatuto social utilizado pelas OS no momento da qualificação.

Natureza Jurídica

Com relação à natureza jurídica das OS, dados da Receita Federal mostram que das 30 organizações, 27 se autodeclaram como associação privada ao passo que duas apontaram natureza jurídica de fundação privada e uma de fundação pública de direito privado municipal.

As associações privadas são regidas pelo Código Civil, Lei Federal n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002, e, segundo seu art. 53, “*constituem-se (...) pela união de pessoas que se organizem para fins não econômicos*” (Brasil, 2002). As fundações privadas também são regidas pelo Código Civil, em especial pelo Capítulo III – Das Fundações, formado pelos artigos 62 a 69 (Brasil, 2002).

A diferença entre associações privadas e fundações privadas refere-se aos elementos necessários para a constituição de cada uma: “Art. 62. *Para criar uma fundação, o seu instituidor fará, por escritura pública ou testamento, dotação especial de bens livres, especificando o fim a que se destina, e declarando, se quiser, a maneira de administrá-la*” (Brasil, 2002). A constituição das associações privadas, por outro lado, ocorre pela simples união de pessoas para fins não econômicos, conforme art. 53 do Código Civil (Brasil, 2002).

No caso da fundação pública de direito privado municipal, forma declarada da natureza jurídica da Fundação do ABC – Mantenedora da Faculdade de Medicina do ABC, do Hospital de Ensino, do Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo e do Hospital Estadual Mário Covas (Fundação do ABC), há maior diferenciação. Segundo a Comissão Nacional de Classificação, do IBGE (2013), estas compreendem: “*as fundações instituídas pelos Municípios, regidas por regime híbrido, isto é, pelo direito privado*

derrogado por normas de direito público, previstas na Constituição Federal, art. 37, inciso XIX, segunda parte. Estas fundações não são espécies de autarquia e a sua instituição e extinção são autorizadas em lei municipal específica, devendo os seus atos institutivos, alteradores ou extintivos serem obrigatoriamente registrados no Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas”.

Nesse sentido, vê-se que a Fundação do ABC foi criada por meio de Leis Municipais de três cidades: Santo André (Lei Municipal nº 2.695, de 14 de maio de 1967), São Bernardo do Campo (Lei Municipal nº 1.546, de 06 de setembro de 1967) e São Caetano do Sul (Lei Municipal nº 1.584, de 04 de julho de 1967). A Fundação do ABC, portanto, apresenta menor flexibilidade em termos de contratação de bens e serviços e pessoal (Ravioli et al., 2018), mas esta abordagem não é objeto da presente pesquisa, de forma que tal informação não será utilizada para a classificação da instituição.

As OS estudadas, portanto, registram natureza jurídica majoritariamente privada, em consonância com a Lei Municipal (Município de São Paulo, 2006) que disciplina estas organizações e prevê a participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde. Diante da falta de diversidade identificada, esta variável não foi utilizada para a elaboração de tipo na dimensão Identitária.

Grandes áreas de atuação

Ainda na dimensão Identitária, foram analisadas a abrangência dos objetivos e finalidades sociais, previstos nos estatutos sociais das OS, com o objetivo de entender a abrangência das áreas de atuação das entidades.

A análise da abrangência dos objetivos e finalidades sociais das OS foi elaborada a partir de levantamento de informações dos estatutos sociais das entidades, atentando para os objetivos e finalidades societários apontados por cada instituição. Para tanto, extraiu-se as informações normalmente registradas nos primeiros artigos dos estatutos sociais e que indicam as finalidades sociais de cada OS, considerando os objetivos gerais e as finalidades estatutárias de cada entidade.

A partir da leitura dos estatutos sociais e da extração dos trechos que tratam dos objetivos e finalidades, as OS foram categorizadas por grandes temas ou campos de atuação.

O levantamento dos grandes temas ou campos de atuação identificou objetivos e finalidades sociais ligados a 11 áreas diferentes, as quais foram extraídas da redação de cada estatuto e agrupadas em sete categorias (Quadro 13). As áreas de atuação às quais os estatutos referiram foram agrupadas na listagem e no Quadro 13. Também foi indicado o número de OS que mencionaram atuar em cada área:

1. Saúde (26 OS);
2. Educação (15 OS);
3. Assistência social (14 OS);
4. Artes e Cultura (10 OS);
5. Informática e Tecnologia (6 OS);
6. Esportes, Lazer e Recreação (5 OS);
7. Meio ambiente (3 OS).

Para facilitar a exibição do resultado, uniu-se as categorias (i) Informática e Tecnologia; (ii) Cultura e Artes; e (iii) Esportes, Lazer e Recreação (Quadro 13).

Em relação às grandes áreas de atuação, constata-se que quatro entidades não registram a saúde especificamente como uma das grandes áreas de atuação. Esse fato é explicado pela possibilidade ou interesse de atuação como OS em outras áreas públicas. Com relação às demais entidades, vê-se que apenas seis delas tem a saúde como a única grande área de atuação, não sendo indicado outro tema em seus estatutos sociais.

Para as outras 20 entidades, observa-se a multiplicidade de campos de atuação dessas organizações, inclusive com instituições com seis grandes áreas em seus objetivos e finalidades sociais, como é o caso do Instituto Movimento de Esporte, Educação, Saúde e Meio Ambiente, cujos grandes temas abarcados no objeto e finalidade sociais são: Saúde; Educação; Artes e Cultura; Informática e Tecnologia; Esportes, Lazer e Recreação; e Meio Ambiente. Essas OS, portanto, registram múltipla atuação, incluindo a saúde como um dos grandes temas.

Quadro 13: Grandes áreas de atuação previstas nos objetos e finalidades sociais de cada estatuto social das OS qualificadas junto à PMSP

Nome abreviado	Saúde	Educação	Assistência Social	Artes e Cultura	Informática e Tecnologia	Esportes, Lazer e Recreação	Meio Ambiente
Santa Marcelina	x	x	x	x	-	-	-
Sanatorinhos	x	-	x	-	-	-	-
SECONCI	x	x	x	x	-	x	-
SPDM	x	-	-	-	-	-	-
CEJAM	x	x	-	-	x	-	-
St Casa Misericórdia SP	x	x	x	-	-	-	-
Pro Saude	x	-	x	-	-	-	-
Sagrado Coração de Jesus	x	-	x	-	-	-	-
COLSAN	x	x	-	-	-	-	-
FIDI	x	-	-	-	x	-	-
Fundação do ABC	x	x	x	-	-	-	-
Santa Catarina	x	x	x	-	-	-	-
ASF	x	-	-	-	-	-	-
St Casa Misericórdia St Amaro	x	-	-	-	-	-	-
OSEC	-	x	x	x	x	-	-
Tadeu Cvintal	x	x	-	x	-	-	-
Monte Azul	x	x	-	x	-	x	x
FFM	x	-	-	-	-	-	-
Inst Br Controle de Cancer	x	-	-	-	-	-	-
São Camilo	x	x	x	-	-	-	-
IR Sirio Libanes	x	-	-	-	-	-	-
SAS	x	-	x	x	-	x	x
IABAS	x	-	-	-	x	-	-
Inst Social Esp e Educ	-	-	-	-	-	x	-
Inst Mov de Esp, Educ, Saúde e MA	x	x	-	x	x	x	x
Hospital do Coração	x	x	-	-	-	-	-
Shozo Iwai	x	x	x	x	x	-	-
Inst Br de Gest Cultural	-	-	-	x	-	-	-
Casa de Isabel	-	-	x	-	-	-	-
Bandeirantes	x	x	x	x	-	-	-
Total	26	15	14	10	6	5	3

Fonte: Elaboração própria a partir dos estatutos sociais das OS

Após analisar a terceira variável da Dimensão 1 – Identitária, os grandes temas de atuação, constata-se a variedade de instituições qualificadas junto à PMSP e suas especificidades em termos de tempo de existência e áreas de atuação. A amplitude das

grandes áreas dos objetivos sociais das OS mostra um universo bastante heterogêneo de entidades atuantes no Município de São Paulo.

A partir das variáveis analisadas e classificações propostas, foram criados dois tipos nesta dimensão, são eles: Longevidade” (Quadro 12) e “Grandes áreas de atuação” (Quadro 14). A natureza jurídica, em função da homogeneidade, não gerou uma tipologia.

Quadro 14: OS qualificadas junto à PMSP, segundo grandes áreas de atuação

Grandes áreas de atuação	Nome abreviado
Atuação exclusiva na saúde	ASF
	FFM
	Inst Br Controle de Cancer
	IR Sirio Libanes
	SPDM
	St Casa Misericórdia St Amaro
Múltipla atuação, incluindo saúde	Bandeirantes
	CEJAM
	COLSAN
	FIDI
	Fundação do ABC
	Hospital do Coração
	IABAS
	Inst Mov de Esp, Educ, Saúde e MA
	Monte Azul
	Pro Saude
	Sagrado Coração de Jesus
	Sanatorinhos
	Santa Catarina
	Santa Marcelina
	São Camilo
	SAS
	SECONCI
	Shozo Iwai
Sem atuação na saúde	St Casa Misericórdia SP
	Tadeu Cvintal
	Casa de Isabel
	Inst Br de Gest Cultural
	Inst Social Esp e Educ
	OSEC

Fonte: Elaboração própria a partir de estatutos sociais das OS

O primeiro tipo criado para as OS refere-se ao tempo de existência de cada entidade, por isso denominado “Longevidade”. Nessa categoria, estabeleceu-se apenas um marco

temporal: a Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que cria a figura das OS em âmbito nacional. Como sua publicação data de quase 20 anos atrás, utilizou-se tal idade como separador, para fins de simplificação. Com isso, vê-se que 20 entidades, dentre 30 qualificadas, foram criadas antes da base legal para a atuação nesse modelo.

No tipo “Grandes áreas de atuação”, buscou-se diferenciar as entidades em termos de objetivos estatutários, mapeando os setores em que os documentos de fundação de tais instituições indicam como prioritários para a atuação. Para tanto, foram criadas três categorias: i) “sem atuação na saúde”, que representa as OS cujos estatutos não mencionam a saúde como área de atuação; ii) “atuação exclusiva na saúde”, que engloba entidades com estatutos indicando apenas a saúde como área de atuação; e iii) “múltipla atuação, incluindo saúde”, para as entidades com mais de uma área de atuação principal, sendo ao menos uma delas a saúde. Mas apenas seis atuam exclusivamente na saúde.

O tipo proposto mostra a predominância de entidades que têm a saúde como uma das atividades principais, com 26 OS classificadas como “atuação exclusiva na saúde” ou “múltipla atuação, incluindo saúde”.

Passaremos agora para à análise da Dimensão 2 – Contábil-financeira.

3.3.2. Dimensão 2 – Contábil-financeira

A Dimensão 2 – Contábil-financeira é composta pelo faturamento das instituições e proporção de gastos com pessoal. O intuito desse levantamento e classificação exploratória é trazer contribuições acerca dos diferentes portes de entidades atuando no Município de São Paulo.

As variáveis utilizadas nessa dimensão foram obtidas com a pesquisa a partir dos 213 CNPJ diferentes identificados (Quadro 11), os quais permitiram a proposição de duas tipologias: “Porte” e “Proporção de gasto com pessoal”.

Porte

A análise do faturamento das entidades fundou-se nas Demonstrações de Resultado do Exercício (DRE), obtidas a partir dos CNPJ identificados para cada OS. Esses documentos foram identificados nos endereços eletrônicos das entidades, quando disponível,

nos Diários Oficiais do Município de São Paulo e dos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, e em jornais de grande circulação.

A variável de faturamento foi construída a partir da primeira linha da DRE de cada entidade. O nome dado em cada prestação de contas variou um pouco, por vezes sendo chamado de “receita bruta”, “receita operacional bruta”, “receitas” e até “receitas líquidas”. De maneira geral, para a natureza contábil aplicada sobre essas organizações, a receita operacional, aqui utilizada como “faturamento”, nada mais é que a receita proveniente da atividade principal da instituição. A diferença entre “líquida” e “bruta” diz respeito ao abatimento dos impostos sobre vendas, entretanto, como tal incidência não se aplica às OS, os dois conceitos apresentam o mesmo valor e por isso são utilizados como sinônimos em diferentes DRE analisadas.

A partir dos diferentes CNPJ, buscou-se as DRE das entidades, sempre tendo como referência o exercício de 2016 ou o mais recente disponível. Todos os valores extraídos foram corrigidos para reais de 2018, por meio do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado, elaborado pelo IBGE.

O levantamento obteve informações detalhadas de 25 OS, dentre as 30 entidades qualificadas. Para as cinco demais entidades não foi possível identificar as demonstrações contábeis, apesar da obrigatoriedade de publicação dessas informações, conforme disposto no § 2º, art. 8º e art. 12 da Lei Municipal nº 14.132 (Município de São Paulo, 2006), que prevê também que a Comissão de Avaliação deve receber e analisar tais documentos das OS contratadas pela PMSP, indicando que nem todas as instituições seguem tal exigência ou não publicam as informações mais recentes.

Para essas cinco OS, confirmou-se com a PMSP, via Lei de Acesso à Informação, e analisou-se a transferência de recursos municipais para os CNPJ para avaliar se as OS ainda encontravam-se em operação. O aprofundamento indicou haver duas instituições sem operação (Quadro 15), e três em operação, mas sem divulgar a prestação de contas, sendo elas a Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, o Centro de Oftalmologia Tadeu Cvintal e o Instituto Social Hospital do Coração. Com relação àquelas cujas atividades foram interrompidas, chegou-se a tal conclusão pela ausência de informações das OS em diversas variáveis: falta de transferência de recursos da PMSP no período analisado e pela não publicação de balanços e demonstrações contábeis em qualquer ano analisado.

Quadro 15: OS qualificadas junto à PMSP sem operação

Nome abreviado	Situação	Último ano com transferência de recurso PMSP
Instituto Movimento de Esporte, Educação, Saúde e Meio Ambiente	Sem operação	NA
Associação Shozo Iwai	Sem operação	NA

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PMSP

O levantamento mostrou a existência de grande diferença entre o faturamento das entidades 25 entidades com publicidade das suas demonstrações contábeis (Quadro 17). A maior delas registrou faturamento superior a R\$ 5,3 bilhões em 2016 (SPDM), ao passo que a menor apresentou faturamento de R\$ 5,9 milhões em 2016 (Instituto Social Esporte e Educação), excluídas as entidades cujos faturamentos não foram identificados ou aquelas desativadas. Ambos os dados foram corrigidos para reais de 2018.

A diferença apontada levou-nos a tentativa de classificar o perfil de faturamento dessas entidades. Para tanto, utilizou-se como parâmetro a definição do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) sobre porte de empresas a partir do faturamento (Quadro 16).

Quadro 16: Classificação do BNDES de porte de empresas por faixa de receita operacional bruta ²⁶

Classificação	Receita operacional bruta anual
Microempresa	Menor ou igual a R\$ 360 mil
Pequena empresa	Maior que R\$ 360 mil e menor ou igual a R\$ 4,8 milhões
Média empresa	Maior que R\$ 4,8 milhões e menor ou igual a R\$ 300 milhões
Grande empresa	Maior que R\$ 300 milhões

Fonte: Elaboração própria a partir de informações do BNDES

Para classificação das OS, utilizou-se as faixas de faturamento estipuladas pelo BNDES, considerando as entidades como “organizações” e não “empresas”, gerando o seguinte resultado: 11 médias organizações e 14 grandes organizações. Para essa análise foram desconsideradas cinco entidades sem informação ou operação (Quadro 17).

A análise das OS classificadas como grandes organizações mostra quatro entidades com receita bruta anual acima de R\$ 2 bilhões em 2016, sendo elas a SPDM (R\$ 5,3 bilhões),

²⁶ Disponível em <https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/financiamento/guia/quem-pode-ser-cliente/>. Acessado em 01/06/2018.

Sociedade Beneficente São Camilo (R\$ 2,5 bilhões), Casa de Saúde Santa Marcelina (R\$ 2,5 bilhões) e Fundação do ABC (R\$ 2,5 bilhões).

Quatro das 30 entidades, inclusive, são incluídas na lista anual das “500 Maiores Empresas” realizada pela Revista Exame. A relação elaborada pela revista em 2016 traz a SPDM (posição 142), Associação Congregação de Santa Catarina (posição 296), a Pró – Saúde – Associação Beneficente de Assistência Social e Saúde (395) e a Casa de Saúde Santa Marcelina (posição 449) dentre a lista das 500 maiores empresas do país²⁷. Na lista elaborada pela Revista Exame, ao selecionar apenas empresas e organizações que prestam serviços de saúde, observa-se 26 empresas nessa categoria, sendo quatro OS qualificadas pela PMSP²⁸.

A consulta à relação da Revista Exame também permitiu refinar o dado de receita bruta utilizada, pois foi identificado que as DRE utilizadas para caracterizar a OS Associação Congregação de Santa Catarina não capturaram todos os recursos obtidos pela entidade ao longo de 2016. Para as demais entidades observadas na lista, confirmou-se o valor extraído dos faturamentos, validando as informações obtidas nas DRE.

O presente levantamento e caracterização da Dimensão 2 – Contábil-financeira nos mostra a concentração de entidades qualificadas de médio e grande porte, com algumas podendo inclusive adentrar a relação de maiores empresas do país.

A análise do “Porte” apresenta três entidades cuja informação não foi obtida, sendo as OS Centro de Oftalmologia Tadeu Cvintal, Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e Instituto Social Hospital do Coração, e duas que aparentam ter encerrado as atividades (Associação Shozo Iwai e Instituto Movimento de Esporte, Educação, Saúde e Meio Ambiente). Para as demais entidades, observou-se concentração organizações de médio (11 OS) e grande porte (14 OS). Vê-se, portanto, que cerca de 83% (25 dentre 30) das entidades registraram faturamento de ao menos R\$ 4,8 milhões no último balanço analisado, sendo que 46% das OS (14 dentre 30) auferiram receita bruta de ao menos R\$ 300 milhões. Um detalhamento desse recorte indica que a receita bruta média auferida por tais instituições nesse período foi de R\$ 1,0 bilhão, mostrando o volume expressivo de recurso detido pelas OS.

²⁷ Disponível em <https://exame.abril.com.br/revista-exame/500-maiores-empresas/>. Acessado em 01/06/2018.

²⁸ Disponível em <http://mm.exame.abril.com.br/empresas/filtrar/2016/servicos-de-saude/Todos>. Acessado em 01/06/2018.

Quadro 17: OS qualificadas junto à PMSP, segundo porte da entidade, classificado pela receita bruta anual

Porte	Nome abreviado	Receita bruta anual (R\$)
Grande organização	SPDM	5.311.025.703
	São Camilo	2.545.911.882
	Santa Marcelina	2.541.012.977
	Fundação do ABC	2.497.397.666
	Pro Saude	1.986.422.014
	Santa Catarina	1.833.384.940
	SECONCI	1.763.931.053
	CEJAM	1.543.853.638
	FFM	1.268.794.840
	ASF	854.825.833
	St Casa Misericórdia SP	755.169.760
	IABAS	739.932.790
	Sanatorinhos	386.365.652
	FIDI	339.697.163
Média organização	IR Sirio Libanes	288.227.323
	Inst Br Controle de Cancer	220.787.531
	SAS	143.625.545
	Monte Azul	127.875.788
	St Casa Misericórdia St Amaro	119.021.577
	Inst Br de Gest Cultural	113.784.010
	COLSAN	71.909.543
	Bandeirantes	15.902.198
	Casa de Isabel	14.963.113
	OSEC	12.831.022
	Inst Social Esp e Educ	5.959.701
NI	Hospital do Coração	NI
	Sagrado Coração de Jesus	NI
	Tadeu Cvintal	NI
Sem operação	Inst Mov de Esp, Educ, Saúde e	NA
	MA	NA
	Shozo Iwai	NA

Fonte: Elaboração própria a partir de DRE das OS. Valores atualizados para reais de 2018

Ainda que existam discrepâncias entre as consideradas grandes empresas, a análise da Dimensão 2 – Contábil-financeira mostra um ambiente com predominância (25) de entidade com faturamento anual acima de R\$ 4,8 milhões, o que indica a presença de entidades com expressivo volume de recursos e movimentação financeira.

A análise do faturamento, contudo, tem limitações que precisam ser destacadas. Primeiramente, a maioria entidades analisadas detém outros CNPJ e parte do faturamento pode não ter sido observado, a despeito da tentativa de identificar todos os CNPJ, os quais foram utilizados para a obtenção das DRE.

Essa dificuldade, por exemplo, foi enfrentada para caracterizar a OS Santa Catarina, de forma que se buscou outra fonte para confirmar as informações – opção nem sempre possível para todas as OS.

Nesse sentido, entende-se a receita bruta investigada nesse projeto como uma aproximação ou limite inferior de faturamento das OS, pois podem ter filiais ou sucursais (Brasil, 2002) que tragam maiores recursos para a entidade sem que esse estudo tenha capturado tal informação.

Outra limitação do uso da receita bruta refere-se à existência de recursos ligados a outras movimentação e áreas de atuação das OS que não a saúde, dificultando o entendimento do porte da organização. O mesmo se aplica aos recursos recebidos de entes públicos e, especificamente, da PMSP: no geral as OS não discriminam a receita obtida por ente público ou por área de destinação, o que também não permite maior caracterização da relação com a PMSP, nem da proporção de recursos destinados por setor de atuação.

Proporção de gasto com pessoal

A segunda variável de interesse nesta dimensão é a proporção de gasto com pessoal sobre a receita bruta das OS. Essa investigação buscou trazer alguma contribuição em termos de análise do pessoal alocado nas entidades, uma vez que essa é uma discussão recorrente na Administração Pública e um ponto de comparação constante entre setor público e outros modelos de gestão (Ravioli et al., 2018).

De maneira análoga ao faturamento, percebe-se variação considerável entre entidades, com percentual registrado de 18% (São Camilo) até 76% (CEJAM) do faturamento anual destinado a gastos com pessoal (Quadro 18). Em relação às reduzidas proporções, como é o caso da OS São Camilo, parte desse resultado pode ser explicado pela alocação de recursos na contratação de terceiros, o que impede diferenciar as terceirizações adotadas das contratações de serviços não finalísticos pelas entidades.

Cumprе esclarecer acerca do grande número de instituições que não puderam ser analisadas nessa variável: dez, sendo oito por falta de informação e duas por aparentemente terem interrompido as atividades (Quadro 15). Dentre as OS que apresentaram informação insuficiente, algumas instituições não indicam detalhamento do gasto com pessoal,

alocando-os em projetos ou contrato de gestão, impedindo a diferenciação do gasto com recursos humanos de outros valores alocados nessa rubrica (Quadro 18).

Uma ótica de análise da proporção de gasto com pessoal pode ser conduzida à luz dos parâmetros definidos na LRF, a Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000 (Brasil, 2000), que dispõe o seguinte sobre os limites dos entes federativos acerca do gasto com pessoal:

Art. 19. Para os fins do disposto no caput do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados:

I - União: 50% (cinquenta por cento);

II - Estados: 60% (sessenta por cento);

III - Municípios: 60% (sessenta por cento). (Brasil, 2000).

A LRF fixa limites para o endividamento da União, Estados e Municípios e obriga os governantes a definirem metas fiscais anuais e a indicarem a fonte de receita para cada despesa permanente que propuserem. Um dos principais pontos da LRF foi a fixação de limites para os gastos com pessoal. A título de analogia, pois OS são usadas pela administração pública justamente para contornar os limites da LRF, optou-se por dois tipos de OS: aquelas que gastam até 59% e aquelas que destinam 60% ou mais do faturamento para gastos com recursos humanos e pessoal.

Quadro 18: OS qualifica junto à PMSP, segundo proporção de gasto com pessoal sobre receita bruta

Classificação	Nome abreviado	Proporção de gasto com pessoal
Menos de 60% do faturamento gasto com recursos humanos	São Camilo	18%
	OSEC	25%
	FIDI	32%
	St Casa Misericórdia St Amaro	34%
	SECONCI	45%
	Inst Social Esp e Educ	46%
	Pro Saude	48%
	COLSAN	48%
	Bandeirantes	51%
	Inst Br Controle de Cancer	51%
	IR Sirio Libanes	57%
	SPDM	58%
	FFM	58%
	Fundação do ABC	62%
	Santa Marcelina	66%
Mais de 60% do faturamento gasto com recursos humanos	St Casa Misericórdia SP	66%
	Inst Br de Gest Cultural	72%
	Casa de Isabel	72%
	ASF	75%
	CEJAM	76%
NA/NI	Inst Mov de Esp, Educ, Saúde e MA	NA
	Shozo Iwai	NA
	Hospital do Coração	NI
	IABAS	NI
	Monte Azul	NI
	Sagrado Coração de Jesus	NI
	Sanatorinhos	NI
	Santa Catarina	NI
	SAS	NI
	Tadeu Cvintal	NI

Fonte: Elaboração própria a partir de DRE das OS

A análise do gasto com pessoal como percentual do faturamento teve como objetivo avaliar o nível de comprometimento dessas instituições com recursos humanos e comparar com os parâmetros da LRF (Brasil, 2000).

Sob tais parâmetros, vemos que 13 instituições (Quadro 18) apresentam gasto pessoal alcançando no máximo 60% do faturamento – aqui entendido como análogo à receita corrente líquida dos entes administrativos, uma vez que são as receitas decorrentes da atividade principal da instituição. No caso de sete entidades há gasto com pessoal acima de

60% do faturamento anual. Outros dez casos não puderam ser avaliados pela ausência de operação ou de informação disponibilizada pela OS.

Cumpramos destacar que as instituições que gastam menos que 60% do faturamento com pessoal registram média de gasto com pessoal de 44% do total arrecadado, com cinco entidades com proporção do gasto acima de 50%. Para as sete acima do limite analisado, observamos uma média de gasto de 70% da receita bruta anual.

Passaremos a seguir à Dimensão 3 – Relacional a fim de entender parte da origem dos recursos e extensão do relacionamento entre cada OS qualificada e a PMSP.

3.3.3. Dimensão 3 – Relacional

A terceira dimensão elaborada, Dimensão 3 – Relacional, atenta para as conexões formais entre OS e PMSP, identificadas a partir de levantamento feito por meio de todos os CNPJ identificados para cada entidade na relação com a Administração Pública Municipal.

Esta dimensão é composta por dados de transferência de recursos, ou seja, pagamentos feitos pela PMSP para cada um dos CNPJ estudados. Para esta variável, analisou-se os valores totais transferidos por rubrica (Quadro 19), atentando também para a destinação majoritária dos recursos das OS (Quadro 23). Os dados analisados permitiram a criação de dois tipos: “Porte de recebimento” e “Destinação majoritária dos recursos”.

Porte de recebimento

Iniciando a análise pelos pagamentos feitos pela PMSP para cada OS, o período observado foi de 2008 a 2016. O início no ano de 2008 se justifica pelo fato de ser o primeiro ano com informações disponíveis no sistema da PMSP²⁹. Já o limite superior é explicado pela data de início da coleta e pela tentativa de padronização, em termos de data mais recente, com demais dados utilizados ao longo do estudo. Adicionalmente, ressalta-se que todos os valores foram atualizados para reais de 2018, por meio do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado, elaborado pelo IBGE³⁰.

²⁹ Disponível em <http://rsv.prefeitura.sp.gov.br/>. Acessado em 01/06/2018.

³⁰ Inflação - IPCA - (% a.a.) - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor (IBGE/SNIPC) - PRECOS_IPCAG.

Quadro 19: OS qualificada junto à PMSP, segundo transferência total de recursos da PMSP, 2008 – 2016

Nome abreviado	Recursos da saúde (R\$)	Recursos de outras pastas (R\$)	Recursos totais (R\$)
SPDM	7.778.593.330	269.799.924	8.048.393.255
Santa Marcelina	5.031.179.848	22.892.057	5.054.071.905
CEJAM	3.836.584.510	74.728	3.836.659.238
ASF	3.675.928.172	-	3.675.928.172
Santa Catarina	1.965.349.924	5.013.534	1.970.363.458
St Casa Misericórdia SP	1.864.760.196	391.197	1.865.151.393
SECONCI	920.958.680	-	920.958.680
FFM	849.017.660	312.939	849.330.599
Monte Azul	722.235.417	51.283.123	773.518.540
IR Sirio Libanes	619.623.597	-	619.623.597
St Casa Misericórdia St Amaro	558.110.653	-	558.110.653
FIDI	467.575.430	25.085.505	492.660.935
Inst Br Controle de Cancer	333.845.565	-	333.845.565
Bandeirantes	284.122.723	98.758	284.221.481
Sagrado Coração de Jesus	255.700.155	-	255.700.155
São Camilo	-	221.426.636	221.426.636
IABAS	154.037.205	-	154.037.205
OSEC	136.884.505	3.709	136.888.215
Fundação do ABC	133.696.960	-	133.696.960
Casa de Isabel	28.250.977	57.209.806	85.460.783
SAS	83.519.713	-	83.519.713
Tadeu Cvintal	44.909.888	-	44.909.888
Inst Social Esp e Educ	-	32.424.281	32.424.281
COLSAN	22.419.264	1.626.694	24.045.958
Sanatorinhos	9.371.809	-	9.371.809
Pro Saude	-	733.331	733.331
Inst Mov de Esp, Educ, Saúde e MA	-	-	-
Hospital do Coração	-	-	-
Shozo Iwai	-	-	-
Inst Br de Gest Cultural	-	-	-

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PMSP. Valores atualizados para reais de 2018

Feito o esclarecimento, vê-se que apenas quatro entidades não registram, de 2008 a 2016, qualquer recebimento por parte da PMSP, independentemente da destinação do recurso. Com a seleção das transferências para gastos ligados à saúde, o total de entidades sem transferência sobe para sete. A diferença é explicada por transferências feitas para as instituições Pró – Saúde – Associação Beneficente de Assistência Social e Saúde (rubrica “educação”), São Camilo (rubricas “assistência social”, “educação” e “encargos especiais”) e Instituto Social Esporte e Educação (rubrica “desporto e lazer”). Nesses três casos, as

instituições receberam pagamentos da PMSP pela prestação de serviços destinados a áreas diferentes da saúde.

Ao deslocar a análise para aquelas instituições que recebem ou receberam recursos da PMSP no período analisado, percebe-se que as entidades estudadas tiveram quase toda a sua receita auferida junto à Administração Pública Municipal ligada a assuntos de saúde (Quadro 20), com as demais rubricas mencionadas anteriormente cumprindo papel mais residual, sendo responsável por menos de 3% dos recursos totais transferidos.

Quadro 20: Transferência total de recursos da PMSP para as OS, entre 2008 e 2016, no Município de São Paulo, por área

Área de transferência	Valores transferidos de 2008 a 2016
Saúde	29.776.676.183
Total	30.465.052.405

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PMSP. Valores atualizados para reais de 2018

Outro ponto que chama a atenção na análise desta variável diz respeito à concentração de recursos em poucas OS. Apenas cinco delas receberam cerca de 75% dos recursos transferidos pela PMSP no período analisado, para a rubrica saúde, ou seja R\$ 22,3 bilhões. São elas:

- Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM): R\$ 7,8 bilhões;
- Casa de Saúde Santa Marcelina (Santa Marcelina): R\$ 5,0 bilhões;
- Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM): R\$ 3,8 bilhões;
- Associação Saúde da Família (ASF): R\$ 3,7 bilhões; e
- Associação Congregação de Santa Catarina (Santa Catarina): R\$ 2,0 bilhões.

Em contrapartida, há instituições que receberam aproximadamente R\$ 20 milhões no mesmo período, reforçando a diferença de relacionamento entre as OS e a PMSP, com algumas entidades concentrando volume expressivo dos recursos da saúde.

A partir do levantamento do total de recursos transferidos para cada OS, propôs-se a criação de um tipo denominado “Porte de recebimento” (Quadro 21), criado a partir da

divisão dos recursos transferidos por quartis, objetivando diferenciar as OS por volume de recurso transferido.

Quadro 21: OS qualificada junto à PMSP, segundo porte de recebimento, classificado a partir da proporção de recursos transferidos, 2008 – 2016

Porte de recebimento	Nome abreviado	Recursos totais (R\$)
Grande recebedora	SPDM	8.048.393.255
	Santa Marcelina	5.054.071.905
	CEJAM	3.836.659.238
	ASF	3.675.928.172
	Santa Catarina	1.970.363.458
	St Casa Misericórdia SP	1.865.151.393
	SECONCI	920.958.680
	FFM	849.330.599
Média recebedora	Monte Azul	773.518.540
	IR Sirio Libanes	619.623.597
	St Casa Misericórdia St Amaro	558.110.653
	FIDI	492.660.935
	Inst Br Controle de Cancer	333.845.565
	Bandeirantes	284.221.481
	Sagrado Coração de Jesus	255.700.155
Pequena recebedora	São Camilo	221.426.636
	IABAS	154.037.205
	OSEC	136.888.215
	Fundação do ABC	133.696.960
	Casa de Isabel	85.460.783
	SAS	83.519.713
	Tadeu Cvintal	44.909.888
	Inst Social Esp e Educ	32.424.281
	COLSAN	24.045.958
	Sanatorinhos	9.371.809
	Pro Saude	733.331
	Inst Mov de Esp, Educ, Saúde e MA	-
	Hospital do Coração	-
	Shozo Iwai	-
	Inst Br de Gest Cultural	-

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PMSP. Valores atualizados para reais de 2018

Para a construção do perfil de recebimento de recursos, empreendeu-se a seguinte classificação como “Pequena recebedora” para aquelas dentro do primeiro e segundo quartil, “Média recebedora” para aquelas inseridas no terceiro quartil, e “Grande recebedora” para

os montantes no quarto quartil. Dentre as OS classificadas como “Pequenas receptoras” também foram incluídas as instituições que não receberam recursos no período analisado.

Com tal categoria, foram observadas oito entidades dentre as “Grande receptoras”; sete como “Média receptoras” e 15 como “Pequena receptoras”.

Destinação majoritária dos recursos

Com base no total de recursos transferido para a saúde, foi identificada a destinação dos gastos. Para tanto, utilizou-se detalhamento do sistema da PMSP que forneceu os dados de transferências de recursos por OS, extraído a partir do levantamento de CNPJ. O sistema indica o tipo de gasto em saúde segundo classificações definidas pela própria PMSP, as quais foram utilizadas para análise da destinação majoritária dos recursos.

Quadro 22: Transferência total de recursos da PMSP para as OS, no Município de São Paulo, por rubrica, 2008 – 2016

Rubrica	Total	%
Administração Geral	2.405.367	0,01%
Assistência ao portador de deficiência	257.724	0,00%
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	10.181.214.861	34,19%
Atenção Básica	19.581.025.183	65,76%
Formação de Recursos Humanos	2.954.797	0,01%
Tecnologia da Informação	8.605.255	0,03%
Vigilância Sanitária	212.997	0,00%
Total	29.776.676.183	100,00%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PMSP. Valores atualizados para reais de 2018

O levantamento realizado identificou sete rubricas distintas. Como se observa, as rubricas relativas à Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial compreendem 99,95% do total transferido para a prestação de serviços. Diante dessa concentração, optou-se por detalhar a análise com base apenas nas duas rubricas, pois atendem a quase totalidade dos recursos (Quadro 22). Adicionalmente, para a análise da destinação majoritária dos recursos adotou-se entendimento de que majoritária é aquela proporção de gasto acima de 50%.

Quadro 23: OS qualificada junto à PMSP, segundo transferências de recursos da PMSP, por tipo de destinação, 2008 – 2016

Nome abreviado	Atenção Básica (R\$)	Assistência Hosp. e Amb. (R\$)	Recursos totais da saúde (R\$)
SPDM	5.657.802.871	2.120.790.460	7.778.593.330
Santa Marcelina	3.192.241.583	1.838.938.265	5.031.179.848
CEJAM	1.920.978.262	1.913.118.622	3.836.584.510
ASF	3.447.320.232	219.179.135	3.675.928.172
Santa Catarina	1.506.642.747	458.707.177	1.965.349.924
St Casa Misericórdia SP	473.842.445	1.390.917.751	1.864.760.196
SECONCI	800.648.584	120.310.096	920.958.680
FFM	611.855.925	237.025.953	849.017.660
Monte Azul	720.205.290	2.030.127	722.235.417
IR Sirio Libanes	254.082.874	365.540.723	619.623.597
St Casa Misericórdia St Amaro	-	555.726.727	558.110.653
FIDI	426.672.247	40.903.183	467.575.430
Inst Br Controle de Cancer	193.293	333.652.272	333.845.565
Bandeirantes	-	284.122.723	284.122.723
Sagrado Coração de Jesus	203.440.165	52.259.990	255.700.155
IABAS	130.529.107	23.508.098	154.037.205
OSEC	73.793.438	63.091.067	136.884.505
Fundação do ABC	117.901.854	15.795.106	133.696.960
SAS	17.486.349	66.033.365	83.519.713
Tadeu Cvintal	531.098	44.378.790	44.909.888
Casa de Isabel	24.856.819	3.394.158	28.250.977
COLSAN	-	22.419.264	22.419.264
Sanatorinhos	-	9.371.809	9.371.809
Hospital do Coração	-	-	-
Inst Br de Gest Cultural	-	-	-
Inst Mov de Esp, Educ, Saúde e MA	-	-	-
Inst Social Esp e Educ	-	-	-
Pro Saude	-	-	-
São Camilo	-	-	-
Shozo Iwai	-	-	-

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PMSP. Valores atualizados para reais de 2018

Percebe-se que cerca de 65% dos recursos transferidos para as OS destinam-se ao pagamento por serviços de Atenção Básica, nível de atenção que constitui uma das obrigações do gestor municipal, na divisão de atribuições das três esferas de governo, conforme disciplina o SUS. Adicionalmente, vemos que todas as entidades que receberam recursos para a Atenção Básica também obtiveram transferência para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial e 14 OS cujo destino de recurso principal é a Atenção Básica. Em relação aos recursos para Assistência Hospitalar e Ambulatorial, houve nove OS com

recebimento majoritário para tal destinação, sendo quatro delas indicaram recebimento exclusivo para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial (Quadro 23).

Em contrapartida, dez instituições registram a totalidade ou a maioria dos recursos advindos de atividades ligadas à Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Dessas, quatro receberam recursos apenas para tais atividades.

Quadro 24: OS qualificada junto à PMSP, segundo destinação majoritária dos recursos da saúde transferidos pela PMSP, 2008 – 2016

Destinação majoritária	Nome abreviado
Atenção Básica	Santa Marcelina
	SECONCI
	SPDM
	CEJAM
	Sagrado Coração de Jesus
	FIDI
	Fundação do ABC
	Santa Catarina
	ASF
	OSEC
	Monte Azul
	FFM
	IABAS
	Casa de Isabel
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Sanatorinhos
	St Casa Misericórdia SP
	COLSAN
	St Casa Misericórdia St Amaro
	Tadeu Cvintal
	Inst Br Controle de Cancer
	IR Sirio Libanes
	SAS
	Bandeirantes
	Pro Saude
NA	São Camilo
	Inst Social Esp e Educ
	Inst Mov de Esp, Educ, Saúde e MA
	Hospital do Coração
	Shozo Iwai
	Inst Br de Gest Cultural

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PMSP

O detalhamento mostra que 14 OS receberam recursos com destinação majoritária para a Atenção Básica e nove para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, enquanto sete entidades não receberam nenhum pagamento da PMSP entre 2008 e 2016 nos CNPJ analisados (Quadro 24).

A partir do exposto, pode-se perceber alguns padrões na Dimensão 3 – Relacional, destacando-se a preferência das instituições estudadas por relacionar-se com a PMSP no campo da saúde e a concentração de entidades atuando na Atenção Básica, bem como maior proporção de recursos destinados para tal área.

A Dimensão 3 – Relacional, portanto, gerou dois tipos de interesse: “Porte de recebimento” e “Destinação majoritária”. Essas classificações objetivaram diferenciar as OS segundo a proporção de recebimento de recursos da PMSP e a destinação principal dos recursos de saúde.

A análise empreendida mostrou que há uma equivalência de OS classificadas como pequena recebedora, com 15 OS, e aquelas classificadas como média ou grande, com 15 entidades somando-se as duas categorias. Das 15 pequenas recebedoras, quatro não receberam recursos ao longo dos anos analisados. As sete OS classificadas como “Média recebedoras” obtiveram, na média, R\$ 473,9, milhões entre 2008 e 2016, enquanto as oito consideradas “Grande recebedoras” apresentaram transferência média de R\$ 3,3 bilhões no mesmo período.

O total transferido para cada OS, como discutido anteriormente, registra grande variação entre instituições, com seis entidades recebendo mais de R\$ 24,4 bilhões da PMSP, dentre os R\$ 30,5 bilhões transferidos no período analisado.

Com relação ao segundo tipo, “Destinação majoritária” (Quadro 24), a classificação proposta indicou maior concentração de OS com destinação principal para “Atenção Básica”, com 14 entidades nessa situação. Em outros nove casos, identificou-se predominância de recursos para a “Assistência Hospitalar e Ambulatorial”. Outras sete OS não puderam ser classificadas por não receberem recursos da PMSP para atividades de saúde.

Diante do exposto, vê-se a multiplicidade de tipos criados e combinações possíveis, com alta pluralidade dentre as OS estudadas. A seguir, discutiremos os principais resultados, destacando as conclusões gerais do presente estudo e indicando potenciais contribuições feitas e pontos a serem abordados em pesquisas futuras.

4. Discussão

4.1. Análise dos resultados

Com base nas informações levantadas sobre cada entidade, propôs-se a criação de seis tipos distintos para caracterização das OS (Quadro 25). Os tipos propostos abarcaram as três dimensões de interesse, sendo dois ligados a cada dimensão.

A análise das OS qualificadas junto à PMSP torna clara a heterogeneidade de instituições habilitadas para a prestação de serviço de saúde no Município de São Paulo. A simples constatação do número de tipologias criadas e da variedade de combinações possíveis evidencia esta pluralidade.

Esse primeiro levantamento já traz alguns indícios sobre as entidades qualificadas na PMSP.

O aumento de OS posteriores à Lei Federal (Brasil, 1998), com 10 instituições nessa categoria, sendo seis criadas após a Lei Municipal (Município de São Paulo, 2006), levanta a hipótese de aquecimento do interesse dessas entidades pela atuação na saúde municipal.

A partir da classificação proposta, observamos que as OS caracterizam-se, principalmente, por terem mais de 20 anos de existência (20 dentre 30), apresentarem característica de atuação em múltiplas áreas, incluindo saúde (20 dentre 30), registrarem grande (14 dentre 30) ou médio porte (11 dentre 30) de faturamento, gastarem até 60% da receita bruta anual com pessoal (13 dentre 30), situarem-se entre as receptoras de pequeno porte (“Pequena receptora”) de recursos da PMSP (15 dentre 30) e recebem recursos destinados majoritariamente pela PMSP para a Atenção Básica (14 dentre 30).

Apesar da concentração de OS classificadas como receptora de pequeno porte (12 dentre 30 como “Pequena receptora”), um resultado relevante da investigação empreendida diz respeito à concentração de poder das OS qualificadas: cinco OS concentram cerca de 75% dos recursos totais transferidos para tais entidades nos últimos anos, sendo elas: SPDM, Santa Marcelina, CEJAM, ASF e Santa Catarina. Dentre as cinco entidades, todas têm mais de 20 anos desde a fundação, apresentam “Grande porte” e registram a Atenção Básica como a principal destinação dos recursos transferidos pela PMSP. Ainda, duas das OS (SPDM e ASF) são classificadas como “Atuação exclusiva na saúde”. Em relação à proporção de gasto com pessoal, três gastam mais de 60% da receita bruta com recursos humanos, o que pode

significar uma maneira da PMSP garantir a oferta de mão-de-obra na saúde sem infringir os limites legais para o Município previstos na LRF (Brasil, 2000).

Além da concentração de recursos em poucas entidades, vê-se que a atuação como OS no Município de São Paulo parece ser uma atividade reservada às organizações de maior porte, com todas as OS cujas informações foram obtidas (25 dentre 30) apresentando médio ou grande porte, significando que mais de 80% das 30 OS apresentam faturamento anual maior que R\$ 4,8 milhões, com ao menos quatro OS integrando à lista de maiores empresas do país. Assim, a predominância de instituições com receitas elevadas evidencia o volume de recurso movimentado pelas OS e a importância crescente dessas instituições na economia da saúde.

Os aspectos contábeis-financeiros mostraram ainda que duas instituições seguem qualificadas junto à PMSP, mas aparentam ter encerrado as atividades. Ao passo que outras sete OS destinam mais que 60% do faturamento para gasto com pessoal, sendo quatro delas (ASF, CEJAM, Santa Marcelina e St. Casa Misericórdia SP) grandes receptoras de recursos da PMSP, o que chama a atenção para questionamento recorrente com relação ao uso das OS como forma de evitar as limitações de contratação de pessoal (Sobrinho e Capucci, 2003).

Outro resultado de interesse diz respeito à relação entre Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial. O levantamento realizado e o detalhamento acerca da destinação dos recursos transferidos às OS deixam claro que essas entidades têm atuação maior na Atenção Básica, uma vez que aproximadamente 66% dos recursos obtidos pelas OS são destinados para este tipo de atividade. Isso tem relação com a responsabilidade do Município na execução da política de Atenção Básica. Embora o financiamento da atenção primária seja tripartite, com transferências da União e de Estados aos Municípios, cabe às Prefeituras, sobretudo das capitais, a aplicação de maior volume de recursos próprios para financiar esse nível de atenção. Além disso, na cidade de São Paulo, parte da atenção especializada e, especialmente, hospitalar e de alta complexidade é ofertada à população da capital por estabelecimentos geridos pela Secretaria Estadual de Saúde. Mas o dado também indica que a Atenção Básica, antes sob a administração direta, é hoje majoritariamente gerida e dependente das OS no Município de São Paulo.

Quadro 25: OS qualificadas junto à PMSP, segundo tipos criados

Nome abreviado	Longevidade	Grandes áreas de atuação	Porte	Proporção de gasto com pessoal	Porte de recebimento	Principal destinação
Santa Marcelina	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Grande organização	Mais de 60% com recursos humanos	Grande recebedora	Atenção Básica
Sanatorinhos	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Grande organização	NI	Pequena recebedora	Assistência Hosp. e Amb.
SECONCI	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Grande organização	Menos de 60% com recursos humanos	Grande recebedora	Atenção Básica
SPDM	Mais de 20 anos	Atuação exclusiva na saúde	Grande organização	Menos de 60% com recursos humanos	Grande recebedora	Atenção Básica
CEJAM	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Grande organização	Mais de 60% com recursos humanos	Grande recebedora	Atenção Básica
St Casa Misericórdia SP	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Grande organização	Mais de 60% com recursos humanos	#N/A	Assistência Hosp. e Amb.
Pro Saude	Menos de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Grande organização	Menos de 60% com recursos humanos	Pequena recebedora	NA
Sagrado Coração de Jesus	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	NI	NI	Média recebedora	Atenção Básica
COLSAN	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Média organização	Menos de 60% com recursos humanos	Pequena recebedora	Assistência Hosp. e Amb.
FIDI	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Grande organização	Menos de 60% com recursos humanos	Média recebedora	Atenção Básica
Fundação do ABC	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Grande organização	Mais de 60% com recursos humanos	Pequena recebedora	Atenção Básica
Santa Catarina	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Grande organização	NI	Grande recebedora	Atenção Básica
ASF	Mais de 20 anos	Atuação exclusiva na saúde	Grande organização	Mais de 60% com recursos humanos	Grande recebedora	Atenção Básica
St Casa Misericórdia St Amaro	Mais de 20 anos	Atuação exclusiva na saúde	Média organização	Menos de 60% com recursos humanos	#N/A	Assistência Hosp. e Amb.
OSEC	Mais de 20 anos	Sem atuação na saúde	Média organização	Menos de 60% com recursos humanos	Pequena recebedora	Atenção Básica
Tadeu Cvintal	Menos de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	NI	NI	Pequena recebedora	Assistência Hosp. e Amb.

Nome abreviado	Longevidade	Grandes áreas de atuação	Porte	Proporção de gasto com pessoal	Porte de recebimento	Principal destinação
Monte Azul	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Média organização	NI	Média recebedora	Atenção Básica
FFM	Mais de 20 anos	Atuação exclusiva na saúde	Grande organização	Menos de 60% com recursos humanos	Grande recebedora	Atenção Básica
Inst Br Controle de Cancer	Mais de 20 anos	Atuação exclusiva na saúde	Média organização	Menos de 60% com recursos humanos	Média recebedora	Assistência Hosp. e Amb.
São Camilo	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Grande organização	Menos de 60% com recursos humanos	Pequena recebedora	NA
IR Sirio Libanes	Menos de 20 anos	Atuação exclusiva na saúde	Média organização	Menos de 60% com recursos humanos	#N/A	Assistência Hosp. e Amb.
SAS	Menos de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Média organização	NI	Pequena recebedora	Assistência Hosp. e Amb.
IABAS	Menos de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Grande organização	NI	Pequena recebedora	Atenção Básica
Inst Social Esp e Educ	Menos de 20 anos	Sem atuação na saúde	Média organização	Menos de 60% com recursos humanos	Pequena recebedora	NA
Inst Mov de Esp, Educ, Saúde e MA	Menos de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Sem operação	NA	Pequena recebedora	NA
Hospital do Coração	Menos de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	NI	NI	Pequena recebedora	NA
Shozo Iwai	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Sem operação	NA	Pequena recebedora	NA
Inst Br de Gest Cultural	Menos de 20 anos	Sem atuação na saúde	Média organização	Mais de 60% com recursos humanos	Pequena recebedora	NA
Casa de Isabel	Menos de 20 anos	Sem atuação na saúde	Média organização	Mais de 60% com recursos humanos	Pequena recebedora	Atenção Básica
Bandeirantes	Mais de 20 anos	Múltipla atuação, incluindo saúde	Média organização	Menos de 60% com recursos humanos	Média recebedora	Assistência Hosp. e Amb.

Fonte: Elaboração própria

A análise das OS sob o filtro da Longevidade também traz indícios de como atuam as entidades mais recentes. Primeiramente, percebe-se que as OS com menos de 20 anos desde a criação (10 dentre 30) registram porte mais reduzido, com apenas uma delas do tipo “Grande porte” e também têm relação mais modesta com a PMSP, com nove das dez analisadas sendo categorizadas como “Pequena recebedora”. Ainda, tais OS aparentam ter maior inserção na prestação de serviços especializados do tipo “Assistência Hospitalar e Ambulatorial”. Sugere-se, assim, que o maior tempo de existência pode contribuir para que a OS tenha maior porte, possivelmente por ampliar as áreas de atuação ao longo dos anos, e para que se relacione mais com a PMSP, obtendo mais contratos e transferências de recursos com o passar dos anos.

Por fim, ao investigar a relação das OS com a PMSP vê-se a orientação da atuação destas para a Atenção Básica, com mais de 66% dos recursos transferidos para essas organizações destinados para estas atividades. De maneira complementar, das oito entidades classificadas como grandes recebedoras, apenas uma (St Casa Misericórdia SP) apresenta a Assistência Hospitalar e Ambulatorial como a principal destinação dos recursos, corroborando a priorização de recursos para a Atenção Básica por meio das OS e a hegemonia dessas organizações na gestão deste nível de atenção no Município de São Paulo. À medida que a PMSP se volta para recebedoras de menor porte, há crescimento da participação da destinação de recursos para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, sugerindo que esta destinação é mais diluída entre OS com menos recursos a receber da PMSP e também de médio e pequeno porte em termos de faturamento.

Ainda que existam limitações na análise empreendida, os resultados contribuem para um primeiro aprofundamento do perfil das OS, permitindo que investigação futura delimite de maneira mais precisa o objeto de pesquisa. Ou seja, se antes eram realizados estudos sobre todas as OS de determinada localidade, com esta pesquisa é possível selecionar um menor número de entidades, com maiores semelhanças entre si, que podem ser analisadas a partir de classificações propostas neste estudo.

Dentre os aspectos que mereceriam maior aprofundamento ou novas pesquisas, destacam-se aqueles ligados à investigação histórica destas instituições; à localização, abrangência geográfica de atuação e perfil das atividades por elas prestadas; à identificação do processo de financeirização e do volume de capital acumulado em todas as atividades, não só às relacionadas aos convênios e contratos com a PMSP; às características dos gestores

e corpos diretivos responsáveis pela OS; e às relações políticas, redes de influência, lobbies e interações entre dirigentes de OS e gestores públicos.

A investigação também poderia abordar elementos como a mudança de porte ao longo dos anos, considerando análise histórica do faturamento das entidades, com o intuito de compreender a trajetória econômica dessas instituições. Outra análise de interesse diz respeito às alterações empreendidas nos estatutos sociais e documentos societários ao longo do tempo de existência, para entender as mutações nesses documentos basilares de cada OS e como se adaptaram aos desafios e atuação contemporâneos.

Em relação à localização, seria relevante compreender como as OS se relacionam com outros entes públicos e detalhar o grau de abrangência territorial dessas instituições, aprofundando a relação com cada ente. Essa investigação primeiramente evidenciaria o universo de OS em atuação no país, sua abrangência e ramificações, com identificação de todos os agentes privados do setor. Adicionalmente, traria importante contribuição em termos de atuação localizada ou em nível nacional, o que indicaria eventual disseminação de entidades originárias de determinadas localidades por outras regiões do país, bem como o grau de ampliação das OS pelo território nacional.

Outra abordagem a ser investigada refere-se à identificação dos grupos econômicos ligados às OS. Essa pesquisa objetivaria mapear, de maneira mais direta, todos os CNPJ associados às entidades qualificadas junto à PMSP e, em perspectiva mais ampla, os demais grupos econômicos e subsidiárias que atuam em conjunto, como parceiros ou como subcontratadas das OS. Obter tal mapeamento seria especialmente interessante para melhor dimensionar a abrangência de atuação dessas entidades e permitir investigação do fluxo de recursos entre os CNPJ, bem como permitir maior compreensão acerca dos contratos e relações público-privadas dessas instituições.

Por fim, contribuição de relevância que poderia ser empreendida a partir do esforço da presente pesquisa, refere-se à criação de uma tipologia única das OS, com aplicação para todas as organizações do país.

4.2. Limitações da pesquisa

É preciso destacar as limitações desta pesquisa.

Inicialmente, destaca-se a impossibilidade de proposição de tipologia única para as OS estudadas, em função da multiplicidade de características dessas entidades.

Essa impossibilidade também pode ser explicada pela limitação e ausência de padronização de algumas fontes utilizadas, sendo estas as principais: 1) estatutos sociais das OS; 2) faturamento; 3) contratos de gestão firmados; e 4) transferência de recursos por parte da PMSP.

A limitação advinda dos estatutos sociais relaciona-se às alterações que tais documentos podem ter sofrido ao longo do tempo de existência. Como se viu na variável “Longevidade”, há OS qualificadas cuja fundação se deu há muitos anos. Nesse sentido, é razoável supor que seus documentos estatutários já foram alterados, uma vez que tal prática é comum e legal. Assim, a identificação da área de atuação captura apenas as grandes áreas declaradas no momento de obtenção da qualificação como OS, sem, contudo, identificar as finalidades estatutárias no momento de fundação de cada entidade ou ao longo do tempo de existência.

Com relação ao faturamento, esta variável registra algumas dificuldades no seu uso e análise. A principal delas diz respeito ao fato de as entidades poderem ter mais de um CNPJ e atuarem sob diferentes cadastros, sem garantia de que tenham sido identificados todos os cadastros relativos às OS, a despeito do levantamento a partir de 213 CNPJ distintos. Assim, caso algum CNPJ não tenha sido identificado, é possível que variáveis como as de transferências de recursos da PMSP não indiquem todo o montante transferido para a referida OS ou instituição a qual está vinculada. Adicionalmente, as DRE dessas entidades também podem sofrer tais distorções, com parte da receita sendo apropriada por outro CNPJ.

Os contratos de gestão também devem ser analisados com cuidado. Qualquer contrato pode ter aditivo ou alteração, o que pode mudar sua natureza, valor e obrigações. Dessa maneira, a análise apenas do contrato de gestão celebrado inicialmente traria informação insuficiente do documento. Diante do potencial viés ou de informação inconclusiva, optou-se por apenas utilizar tais documentos em bloco, uma vez que foram firmados 411 aditivos aos 49 contratos de gestão assinados pela PMSP, potencialmente alterando-os de maneira significativa e demandando análise do instrumento.

Já a análise do total de recursos recebidos da PMSP pelas OS no período analisado, embora dimensionem a relação dessas organizações com o poder público municipal, não

refletem o completo porte e dimensão da entidade, pois muitas OS atuam para além dos muros da capital e do campo da saúde.

5. Conclusão

Este estudo objetivou verificar se há diferenças entre as OS qualificadas junto à PMSP que permitissem a classificação destas em tipologias de análise. Para isso, foram utilizados dados públicos disponibilizados pela Administração Pública Municipal e pelas próprias instituições.

Em parte o estudo respondeu à hipótese que se tentou validar: que as OS apresentam perfis distintos, apesar de atuarem sob o mesmo ordenamento jurídico-normativo e estarem qualificadas para atuar junto ao mesmo ente público.

Após levantamento de dados relativos às OS, empreendeu-se primeira divisão das informações em três dimensões, conforme detalhado na seção Tipologia de OS qualificadas na saúde do Município de São Paulo. Em seguida, foram analisados os dados obtidos e elaborada a classificação para cada variável de interesse.

A análise empreendida resultou em seis tipos de análise das 30 OS qualificadas junto à PMSP. Apesar de tentativas de analisar tais tipos criados de maneira agregada, de forma a resultar em tipologia única, não foi possível unir todas as informações levantadas e categorias criadas em uma classificação exclusiva. Procedeu-se, então, à análise individual dos tipos, criando, a partir de cada classificação proposta, caminhos de pesquisa a serem trilhados.

O recorte sobre a longevidade das OS trouxe os primeiros indícios da pluralidade de organizações. As instituições mais recentes são mais plurais em termos de grandes áreas de atuação, ao passo que as entidades mais antigas são mais orientadas à saúde, por vezes com finalidades estatutárias focadas na área ou com previsão de atuação mais ampla.

Sob a ótica financeira, a área da saúde, devido ao volume de recursos que dispõe, constitui um campo de interesse crescente por parte das OS, haja vista a ampliação de entidades qualificadas para tal atividade e a criação de novas organizações a partir da legislação federal e municipal. O interesse de ampliar a participação da iniciativa privada na saúde também parece presente na Administração Pública Municipal, confirmado pelo aumento do montante transferido para as 30 OS qualificadas. Comparados com aqueles assinados entre 2007 e 2009, os contratos de gestão celebrados a partir de 2013 foram mais de cinco vezes maiores, em valores reais de 2018, corrigidos por meio do Índice de Preços

ao Consumidor Ampliado, elaborado pelo IBGE³¹. Ou seja, os recursos municipais da saúde são cada vez mais direcionados para as OS e a rede de serviços municipais é cada vez mais dependente dessa modalidade de gestão.

Diante do exposto, percebe-se alguns padrões para as OS qualificadas perante a PMSP, em especial a predominância de entidades com mais de 20 anos de existência, a atuação exclusiva em saúde ou abarcando tal área, a inexistência de OS de pequeno porte e a atuação voltada majoritariamente para a Atenção Básica.

Assim, conclui-se que há diferenças significativas entre as OS estudadas, sem, contudo, permitir a agregação de diversos tipos sob a mesma categoria. O resultado encontrado, portanto, evidencia a pluralidade de perfis das instituições em atuação no âmbito da Administração Pública Municipal, as quais registram heterogeneidade a ser aprofundada, a despeito de algumas convergências identificadas.

O resultado desse projeto alinha-se com conclusões de estudos recentes, que mostram a incipiência da literatura sobre modelos de gestão em saúde no Brasil (Ravioli et al., 2018), e, principalmente, com o pouco conhecimento que se tem sobre o perfil e os tipos de OS que atuam na saúde. Destaca-se, portanto, a necessidade de aprofundamento do funcionamento de tais organizações; de identificação de seus formatos padrões e modos de atuação e relacionamento com o Poder Público; e de sua real contribuição para a efetivação do SUS.

³¹ Inflação - IPCA - (% a.a.) - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor (IBGE/SNIPC) - PRECOS_IPCAG.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adcock R, Collier D. Measurement Validity: A Shared Standard for Qualitative and Quantitative Research. *American Political Science Review*, 95(3), 2001, 529–546. <https://doi.org/10.1017/S0003055401003100>.

Alves Sobrinho EJM, Capucci PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. *Estudos Avançados*, 17(48), 2003, 209-227. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142003000200018>.

André AM, Ciampone MHT, Santelle O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. *Rev. Saúde Pública* 2013, 47:158-63.

Anker T, Pereira BR. O atual cenário das PPP no setor de saúde pública no Brasil: potencialidades, desafios e as primeiras experiências em âmbito estadual. In: Oliveira G, Oliveira Filho LC, organizadores. *Parcerias público-privadas: experiências, desafios e propostas*. São Paulo: LTC, 2013, 159-80.

Atlas Brasil. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*, s/d. Disponível em http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas_/. Acessado em 01/06/2018.

Bailey J, Clarke-Hill CM, Robinson TM. *Towards a Taxonomy of International Retail Alliances*, 1997. Disponível em <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02642069500000048>. Acessado em 01/06/2018.

Barata LRB, Mendes JDV. *Organizações Sociais de Saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo*. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde; 2007.

Barbosa AP, Malik AM. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. *Rev Adm Pública* 2015; 49:1143-65.

Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2010, 2483–2495.

Barbosa NB. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2010, 2497–2506. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500024>.

Bertero CO. Tipologias e Teoria Organizacional. *Revista de Administração de Empresas*, 21, 1981.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988.

Brasil. *Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011.

Brasil. *Lei Complementar nº 101 de 4 de maio de 2000*. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. 2000.

Brasil. *Lei Federal nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. 2002.

Brasil. *Lei Federal nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004*. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. 2004.

Brasil. *Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

Brasil. *Lei Federal nº 9.637 de 15 de maio de 1998*. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações. 1998.

Brasil. *Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993*. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. 1993.

Brasil. *Projeto de Lei Complementar nº 92 de 13 de julho de 2007*. Regulamenta o inciso

XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. 2007.

Bravo, MIS. Política Social de Saúde no Brasil. *Serviço Social E Saúde: Formação E Trabalho Profissional*, 2006, 1–24.

Bresser-Pereira, LC. *A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado*. 1997. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>.

Bresser-Pereira, LC. Reforma gerencial e legitimação do estado social. *Rev Adm Pública* 2017; 51:147-56.

Cabral S, Fernandes ASA, Ribeiro DBC. Os papéis dos stakeholders na implementação das parcerias público-privadas no Estado da Bahia. *Cadernos EBAPE.BR* 2016; 14:325-39.

Camargo TA, Prado O, Bernardo R, Lara ACS. Controle e transparência no modelo de organizações sociais de saúde do Estado de São Paulo. In *VI Congresso Consad de Gestão Pública*, 2013.

Carneiro Junior N, Elias PEM. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:914-20.

Cherchiglia ML, Dallari SG. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Revista de Administração Pública*, 1999, 33(5), 65–84.

Chrisman JJ, Hofer, CW, Boulton, WR. Toward a System for Classifying Business Strategies. *The Academy of Management Review*, 13(3), 1988, 413–428.

Collier D, LaPorte, J, Seawright, J. Putting Typologies to Work: Concept Formation, Measurement, and Analytic Rigor. *Political Research Quarterly*, 65(1), 2012, 217–232. <https://doi.org/10.1177/1065912912437162>.

Contreiras H, Matta GC. (2015). Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(2), 285–297. <https://doi.org/10.1590/0102->

311X00015914.

Costa e Silva V, Barbosa PR, Hortale VA. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:1365-76.

Costa e Silva V, Escoval A, Hortale VA. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19:3593-604.

Couttolenc B, LaForgia G, Matsuda Y. *Raising the Quality of Public Spending and Resource Management in the Health Sector*. World Bank. 2007.

Ditterich RG, Moysés ST, Moysés SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(4), 2012; 615–625. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400002>.

Doty H, Glick WH. Typologies as a Unique Form of Theory Building: Toward Improved Understanding and Modeling. *The Academy of Management Review*, 19(2), 1994; 230–251. <https://doi.org/10.1177/0891243204273076>.

Elman C. Explanatory Typologies in Qualitative Studies of International Politics. *International Organization*, 59(2), 2005; 293–326. <https://doi.org/10.1017/S0020818305050101>.

Estado de Pernambuco. *Lei nº 11.743 de 20 de janeiro de 2000*. Sistematiza a prestação de serviços públicos não exclusivos, dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e o fomento às atividades sociais, e dá outras providências. 2000.

Estado de 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. 1998.

Ferreira Junior WC. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. *Revista de Administração Pública*, 37(2), 2003; 243–264.

Folha de São Paulo, Yarak A. *Prefeitura de SP falha ao fiscalizar verba de saúde, diz auditoria*. 2014. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/03/1422508-prefeitura-de-sp-falha-ao-fiscalizar-verba-da-saude-diz-auditoria.shtml>. Acessado em 01/06/2018.

Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of chiropractic medicine*, v. 5, n. 3, p. 101-117, 2006.

Hall P, Soskice D. *Varieties of Capitalism - The Institutional Foundations of Comparative Advantage*. 2004. <https://doi.org/10.1093/0199247757.001.0001>.

Ibañez N, Neto GV. Modelos de gestão e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 2007; 1831–1840. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700006>.

IBGE. *Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2009*. 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/>. Acessado em 01/06/2018.

IBGE. *Estruturas. Natureza jurídica. Natureza jurídica 2014. 127-9 – Fundação Pública de Direito Privado Municipal*. 2013. Disponível em <https://concla.ibge.gov.br/estrutura/natjur-estrutura/natureza-juridica-2014/127-9-fundacao-publica-de-direito-privado-municipal.html>. Acessado em 01/06/2018.

IBGE. *Perfil dos Estados e Municípios Brasileiros*. 2014. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/protecao-social/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?=&t=downloads>. Acessado em 01/06/2018.

IBGE. *Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2015*. 2016. Disponível em <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2015/default.shtm>. Acessado em 01/06/2018.

Junior NC, Elias PE. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 2006, 914–920. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000600023. Acessado em 01/06/2018.

Kaliks RA, Pontes LB, Bogнар CLFB, Santos KCC, Bromberg SE, Amaral PGT, et al. *Pacientes com câncer de mama oriundas do Sistema Único de Saúde tratadas no setor privado: custos de um piloto de parceria público-privada em oncologia*. Einstein (São Paulo) 2013; 11:216-23.

Kayano J, Teixeira ACC, Tatagiba L. *Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo. Saúde: controle social e política pública*. Agosto, 2007. Instituto Pólis & PUC-SP. Disponível em <http://www.polis.org.br/uploads/876/876.pdf>; Acessado em 01/06/2018.

La Forgia GM, Couttolenc BF. *Hospital performance in Brazil: the search for excellence*. Disponível em <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/10284>. Acessado em 01/06/2018.

La Forgia GM, Harding A. Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28:1114-26.

Lima SML, Rivera FJU. A contratualização nos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:2507-21.

Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuiti LFCA, Pires DEP, Ramos FRS. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto & Contexto Enferm* 2014; 23:417-25.

Maciel BC, Wichert MAAL, Peroni SP, Próspero UOS. Gestão em parceria entre uma fundação de apoio e um hospital público universitário: análise custo-efetividade. *Revista de Administração* 2005; 40:342-52.

Maria C, Romano C, Henrique J, Scatena G. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 2015, 1095–1115.

Matzuda Y, Rinne J, Shepherd G, Wenceslau J. *Enhancing performance in Brazil's health sector: lessons from innovations in the State of São Paulo and the city of Curitiba*. 2008. Disponível em <http://documents.worldbank.org/curated/pt/664271468016810488/Brazil->

Enhancing-performance-in-Brazils-health-sector-lessons-from-innovations-in-the-state-of-Sao-Paulo-and-the-city-of-Curitiba. Acessado em 01/06/2018.

McKelvey B. Organizational Systematics: Taxonomic Lessons from Biology. *Management Science*, 24(13), 1978; 1428–1440. <https://doi.org/10.2307/2630648>.

Melo TBN, Almeida MR. Parceria público-privada: a gestão privada em hospitais universitários no Rio Grande do Norte. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina* 2014; 7:46-62.

Mendes CA, Martins AA, Teivelis MP, Kuzniec S, Wolosker N. *Parceria público-privada em cirurgia vascular*. Einstein (São Paulo) 2014; 12:342-6.

Ministério da Saúde. *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde*. 2016. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>. Acessado em 01/06/2018.

Município de São Paulo. *Lei Municipal nº 14.132 de 24 de janeiro de 2006*. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. 2006.

Município de São Paulo. *Lei Municipal nº 14.713, de 4 de abril de 2008*. Dispõe sobre a reorganização do Quadro dos Profissionais da Saúde, a reconfiguração das carreiras dos níveis superior e médio do referido Quadro, a instituição de novo plano de carreiras e do Prêmio de Produtividade de Desempenho a ser concedido aos servidores que especifica, a cessação da vantagem pecuniária que discrimina, a alteração dos dispositivos das Leis nº 13.652, de 25 de setembro de 2003, nº 13.748, de 16 de janeiro de 2004, e nº 14.591, de 13 de novembro de 2007, e a alteração do valor das gratificações que especifica.. 2008.

Nogueira RP. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*, 2011, pp. 24–47.

Oliveira, GHJ. Contrato de Gestão e Modernização da Administração Pública Brasileira. *Revista Eletrônica Sobre a Reforma Do Estado*, 8, 2007;1–36.

Pacheco HF, Gurgel Júnior GD, Santos FAS, Ferreira SCC, Leal EMM. Organizações

sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. *Interface (Botucatu, Online)* 2016; 20:585-95.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).

Pilotto BS, Junqueira V. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. *Serv. Soc. Soc.* 2017, n. 130, pp.547-563.

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Gestão. *Organizações Sociais Qualificadas*. 23/09/2016. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/organizacoes_sociais/index.php?p=13877. Acessado em 01/06/2018.

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Gestão. *Plano de Cargos, Carreiras e Salários*. 05/01/2010. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/portal_do_servidor/pccs/index.php?p=13836. Acessado em 01/06/2018.

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. *Contrato de Gestão n. 001/2007. P.A. n. 2006-0.231.816-1*. 2007. Disponível em: http://transparencia.prefeitura.sp.gov.br/Documents/OrgSociaisSaude/CG_01-2007.pdf; Acessado em 01/06/2018.

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. *Coordenadoria de Atenção Básica - CAB*. 2009. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936. Acessado em 01/06/2018.

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. *Prestação de Contas - 3º Quadrimestre - 2014. Janeiro a Dezembro*. 23/01/2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoContas25320153quad2014.pdf>. Acessado em 01/06/2018.

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. *Prestação de Contas do 3º*

Quadrimestre de 2016. 2016. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/SMSPPrestacaoContas3Quadrimestre2016.pdf>. Acessado em 01/06/2018.

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão de 2016*. 2017. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/20170329RAG2016.pdf>. Acessado em 01/06/2018.

Puccini PT. *As Organizações Sociais e o direito à saúde*. 2011. Disponível em http://idisa.org.br/img/File/SUS%20OS%20Paulo%20Puccini%20Fim%206_4_2011.pdf. Acessado em 01/06/2018.

Quinhões TAT. *O Modelo de Governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a Qualidade do Gasto Público Hospitalar Corrente*. XIV Prêmio Tesouro Nacional. 2009.

Rao S. *Is the private sector more efficient? A cautionary tale*. Disponível em <http://www.gsdr.org/document-library/is-the-private-sector-more-efficient-a-cautionary-tale/>. Acessado em 01/06/2018.

Ravioli AF, Soárez PC, Scheffer MC. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00114217, 2018.

Rede Nossa São Paulo. *Risco de jovem ser vítima de homicídio no Campo Limpo é 16 vezes maior do que na Vila Mariana*. 30/08/2016. Disponível em: <http://www.nossasaopaulo.org.br/noticias/risco-de-jovem-ser-vitima-de-homicidio-no-campo-limpo-e-16-vezes-maior-do-que-na-vila>. Acessado em 01/06/2018.

Rigotti JIR. Transição Demográfica. *Educ. Real.*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 467-490, maio/ago. 2012. Disponível em http://www.ufrgs.br/edu_realidade. Acessado em 01/06/2018.

Rodrigues CT, Spagnuolo RS. Organizações Sociais de Saúde: potencialidades e limites na gestão pública. *Rev Eletrônica Enferm* 2014; 16:549-57.

Romano CMC, Scatena JHG, Kehrig RT. *Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso*. *Physis* (Rio J.) 2015; 25:1095-115.

Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: O caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, 48(3), 2008;64–80. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902008000300007>.

Santos JS, Teixeira CF. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. *Saúde Debate* 2016; 40:219-30.

Santos MAB, Madeira, FC, Passos SRL, Bakr F, Oliveira KB, Andreazzi MAR. Autonomia financeira em estabelecimentos públicos e privados de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), 2014; 201–206.

São Paulo Negócios. *Relatório nº 08/2015. Análise dos contratos de gestão sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo*. 2015.

Scheffer M, Aith F. O Sistema de Saúde Brasileiro. In *Clínica Médica*, 2015; 355-365.

Scheffer M, Bahia L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In *O público e o privado na saúde*, 2005; 127–68.

Silva JF, Rocha A. A Estrutura Intelectual da Produção Científica de Alianças Estratégicas: Impressionismo ou Realismo? *Revista de Administração Contemporânea*, 14(4), 2010; 744–751. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552010000400012>.

Sodré F, Littike D, Drago LMB, Perim MCM. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? *Serv Soc Soc* 2013; 114:365-80.

Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923. 2015.

Tribunal de Contas do Município de São Paulo. *Processos TC nºs 72.001.808.09-07 e 72.001.870.09-80*. 2010.

Tribunal de Contas do Município de São Paulo. *Processos TC nºs 72.000.082.17-78 e 72.000.176.17-10*. 2017.

ANEXO ÚNICO – RELAÇÃO DE CNPJ IDENTIFICADOS

Nome abreviado	CNPJ	Tipo
ASF	68.311.216/0001-01	Matriz
ASF	68.311.216/0003-73	Filial
ASF	68.311.216/0005-35	Filial
Bandeirantes	46.543.781/0001-61	Matriz
Bandeirantes	46.543.781/0003-23	Filial
Bandeirantes	46.543.781/0005-95	Filial
Bandeirantes	46.543.781/0006-76	Filial
Bandeirantes	46.543.781/0012-14	Filial
Casa de Isabel	04.488.578/0001-90	Matriz
CEJAM	66.518.267/0001-83	Matriz
CEJAM	66.518.267/0002-64	Filial
CEJAM	66.518.267/0004-26	Filial
CEJAM	66.518.267/0008-50	Filial
CEJAM	66.518.267/0010-74	Filial
CEJAM	66.518.267/0012-36	Filial
COLSAN	61.047.007/0001-53	Matriz
COLSAN	61.047.007/0002-34	Filial
FFM	56.567.059/0001-10	Filial
FFM	56.577.059/0001-00	Matriz
FFM	56.577.059/0002-82	Filial
FFM	56.577.059/0003-63	Filial
FIDI	55.401.178/0001-36	Matriz
Fundação do ABC	57.571.275/0001-00	Matriz
Fundação do ABC	57.571.275/0002-83	Filial
Fundação do ABC	57.571.275/0004-45	Filial
Fundação do ABC	57.571.275/0005-26	Filial
Fundação do ABC	57.571.275/0006-07	Filial
Fundação do ABC	57.571.275/0009-50	Filial
Fundação do ABC	57.571.275/0010-93	Filial
Hospital do Coração	13.263.211/0001-69	Matriz
IABAS	09.652.823/0001-76	Matriz
IABAS	09.652.823/0002-57	Filial
IABAS	09.652.823/0009-23	Filial
Inst Br Controle de Cancer	62.932.942/0001-65	Matriz
Inst Br Controle de Cancer	62.932.942/0003-27	Filial
Inst Br de Gest Cultural	09.300.324/0001-10	Matriz
Inst Mov de Esp, Educ, Saúde e MA	06.064.716/0001-39	Matriz
Inst Social Esp e Educ	10.371.893/0001-35	Matriz
Monte Azul	51.232.221/0001-26	Matriz
Monte Azul	51.232.221/0002-07	Filial
Monte Azul	51.232.221/0005-50	Filial
OSEC	62.277.207/0001-65	Matriz

Nome abreviado	CNPJ	Tipo
OSEC	62.277.207/0012-18	Filial
Pro Saude	24.232.886/0001-67	Matriz
Pro Saude	24.232.886/0021-00	Filial
Pro Saude	24.232.886/0024-53	Filial
Pro Saude	24.232.886/0033-44	Filial
Pro Saude	24.232.886/0054-79	Filial
Pro Saude	24.232.886/0057-11	Filial
Pro Saude	24.232.886/0075-01	Filial
Pro Saude	24.232.886/0081-41	Filial
Pro Saude	24.232.886/0082-22	Filial
Pro Saude	24.232.886/0085-75	Filial
Pro Saude	24.232.886/0094-66	Filial
Pro Saude	24.232.886/0097-09	Filial
Pro Saude	24.232.886/0098-90	Filial
Pro Saude	24.232.886/0119-59	Filial
Pro Saude	24.232.886/0131-45	Filial
Pro Saude	24.232.886/0133-07	Filial
Pro Saude	24.232.886/0138-11	Filial
Pro Saude	24.232.886/0139-00	Filial
Pro Saude	24.232.886/0140-36	Filial
Pro Saude	24.232.886/0143-89	Filial
Pro Saude	24.232.886/0144-60	Filial
Pro Saude	24.232.886/0145-40	Filial
Sagrado Coração de Jesus	61.617.908/0001-33	Matriz
Sagrado Coração de Jesus	61.617.908/0004-86	Filial
Sagrado Coração de Jesus	61.617.908/0006-48	Filial
Sagrado Coração de Jesus	61.617.908/0008-00	Filial
Sagrado Coração de Jesus	61.617.908/0011-05	Filial
Sagrado Coração de Jesus	61.617.908/0012-96	Filial
Sanatorinhos	60.740.719/0001-90	Matriz
Sanatorinhos	60.740.719/0005-14	Filial
Sanatorinhos	60.740.719/0007-86	Filial
Sanatorinhos	60.740.719/0009-48	Filial
Sanatorinhos	60.740.719/0012-43	Filial
Sanatorinhos	60.740.719/0014-05	Filial
Santa Catarina	60.922.168/0001-86	Matriz
Santa Catarina	60.922.168/0004-29	Filial
Santa Catarina	60.922.168/0007-71	Filial
Santa Catarina	60.922.168/0008-52	Filial
Santa Catarina	60.922.168/0011-58	Filial
Santa Catarina	60.922.168/0016-62	Filial
Santa Catarina	60.922.168/0018-24	Filial
Santa Catarina	60.922.168/0020-49	Filial
Santa Catarina	60.922.168/0021-20	Filial
Santa Catarina	60.922.168/0024-72	Filial
Santa Catarina	60.922.168/0026-34	Filial

Nome abreviado	CNPJ	Tipo
Santa Catarina	60.922.168/0033-63	Filial
Santa Catarina	60.922.168/0034-44	Filial
Santa Catarina	60.922.168/0048-40	Filial
Santa Marcelina	60.742.616/0007-55	Filial
Santa Marcelina	60.742.616/0001-60	Matriz
Santa Marcelina	60.742.616/0006-74	Filial
Santa Marcelina	60.742.616/0012-12	Filial
Santa Marcelina	60.742.616/0013-01	Filial
Santa Marcelina	60.742.616/0014-84	Filial
Santa Marcelina	60.742.616/0015-65	Filial
Santa Marcelina	60.742.616/0017-27	Filial
São Camilo	60.975.737/0001-51	Matriz
São Camilo	60.975.737/0002-32	Filial
São Camilo	60.975.737/0009-09	Filial
São Camilo	60.975.737/0010-42	Filial
São Camilo	60.975.737/0012-04	Filial
São Camilo	60.975.737/0013-95	Filial
São Camilo	60.975.737/0016-38	Filial
São Camilo	60.975.737/0017-19	Filial
São Camilo	60.975.737/0020-14	Filial
São Camilo	60.975.737/0022-86	Filial
São Camilo	60.975.737/0026-00	Filial
São Camilo	60.975.737/0030-96	Filial
São Camilo	60.975.737/0035-09	Filial
São Camilo	60.975.737/0038-43	Filial
São Camilo	60.975.737/0054-63	Filial
São Camilo	60.975.737/0055-44	Filial
São Camilo	60.975.737/0058-97	Filial
São Camilo	60.975.737/0060-01	Filial
São Camilo	60.975.737/0062-73	Filial
São Camilo	60.975.737/0067-88	Filial
São Camilo	60.975.737/0072-45	Filial
SAS	05.576.125/0001-88	Matriz
SAS	05.576.125/0015-83	Filial
SECONCI	61.687.356/0001-30	Matriz
SECONCI	61.687.356/0003-00	Filial
SECONCI	61.687.356/0004-82	Filial
SECONCI	61.687.356/0012-92	Filial
SECONCI	61.687.356/0014-54	Filial
SECONCI	61.687.356/0016-16	Filial
SECONCI	61.687.356/0017-05	Filial
SPDM	61.699.567/0046-94	Filial
SPDM	61.699.567/0047-75	Filial
SPDM	61.699.567/0048-56	Filial
SPDM	61.699.567/0049-37	Filial
SPDM	61.699.567/0050-70	Filial

Nome abreviado	CNPJ	Tipo
SPDM	61.699.567/0051-51	Filial
SPDM	61.699.567/0052-32	Filial
SPDM	61.699.567/0053-13	Filial
SPDM	61.699.567/0054-02	Filial
SPDM	61.699.567/0055-85	Filial
SPDM	61.699.567/0057-47	Filial
SPDM	61.699.567/0058-28	Filial
SPDM	61.699.567/0059-09	Filial
SPDM	61.699.567/0060-42	Filial
SPDM	61.699.567/0061-23	Filial
SPDM	61.699.567/0062-04	Filial
SPDM	61.699.567/0063-95	Filial
SPDM	61.699.567/0064-76	Filial
SPDM	61.699.567/0065-57	Filial
SPDM	61.699.567/0066-38	Filial
SPDM	61.699.567/0068-08	Filial
SPDM	61.699.567/0069-80	Filial
SPDM	61.699.567/0070-14	Filial
SPDM	61.699.567/0071-03	Filial
SPDM	61.699.567/0072-86	Filial
SPDM	61.699.567/0073-67	Filial
St Casa Misericórdia SP	62.779.145/0001-90	Matriz
St Casa Misericórdia SP	62.779.145/0004-32	Filial
St Casa Misericórdia SP	62.779.145/0005-13	Filial
St Casa Misericórdia SP	62.779.145/0006-02	Filial
St Casa Misericórdia SP	62.779.145/0010-80	Filial
St Casa Misericórdia SP	62.779.145/0011-61	Filial
St Casa Misericórdia SP	62.779.145/0012-42	Filial
St Casa Misericórdia SP	62.779.145/0015-95	Filial
St Casa Misericórdia SP	62.779.145/0016-76	Filial
St Casa Misericórdia St Amaro	57.038.952/0001-11	Matriz
St Casa Misericórdia St Amaro	57.038.952/0003-83	Filial
Tadeu Cvintal	03.778.366/0001-84	Filial
Tadeu Cvintal	05.099.467/0001-54	Matriz
Tadeu Cvintal	46.382.362/0001-95	Filial
Tadeu Cvintal	46.382.362/0002-76	Filial