

"A FEA e a USP respeitam os direitos autorais deste trabalho. Nós acreditamos que a melhor proteção contra o uso ilegítimo deste texto é a publicação online. Além de preservar o conteúdo motiva-nos oferecer à sociedade o conhecimento produzido no âmbito da universidade pública e dar publicidade ao esforço do pesquisador. Entretanto, caso não seja do interesse do autor manter o documento online, pedimos compreensão em relação à iniciativa e o contato pelo e-mail bibfea@usp.br para que possamos tomar as providências cabíveis (remoção da tese ou dissertação da BDTD)."

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO: UM
ESTUDO COMPARATIVO DE DESEMPENHO COM BASE NO CONTRATO DE
GESTÃO**

Roseli de Oliveira Machado

Orientador: Prof. Dr. André Lucirton Costa

SÃO PAULO
2005

Prof. Dr. Adolpho José Melfi
Reitor da Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Maria Tereza Leme Fleury
Diretora da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Prof. Dr. Eduardo Pinheiro Gondim de Vasconcellos
Chefe do Departamento de Administração

Prof. Dr. Isak Kruglianskas
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Administração

ROSELI DE OLIVEIRA MACHADO

DEDALUS - Acervo - FEA



20600028093

**AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO: UM
ESTUDO COMPARATIVO DE DESEMPENHO COM BASE NO CONTRATO DE
GESTÃO**

Dissertação apresentada ao Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. André Lucirton Costa

USP - FEA - SBD
DATA DA DEFESA 31 / 08 / 09

SÃO PAULO

2004

87714

151778

1353.6 M1490
T 877 14
26002603



Powered by [Ligra.com.br](http://www.ligra.com.br)

Dissertação defendida e aprovada, em 31.08.2005, no Programa de Pós-Graduação em Administração, pela seguinte comissão julgadora:
Prof. Dr. André Lucirton Costa
Profª Drª Sonia Valle Walter B. de Oliveira
Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Seção de Processamento Técnico do SBD/FEA/USP

Machado, Roseli de Oliveira
As organizações sociais de saúde no Estado de São Paulo: um estudo comparativo de desempenho com base no contrato de gestão / Roseli de Oliveira Machado. -- São Paulo, 2005.
222 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2005
Bibliografia.

1. Reforma do setor saúde - Administração 2. Avaliação de desempenho
3. Hospitais do Estado I. Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade II. Título.

CDD – 353.6

**Ao Daniel,
grande amor da minha vida.**

Agradeço

às diretorias dos hospitais, por permitirem o acesso às suas instalações e a realização das entrevistas e pelo fornecimento da documentação necessária à pesquisa de campo;

à Ana Elisa e à Rosângela, funcionárias de dois dos hospitais, pela simpatia e pelo empenho, o meu muito obrigada!

aos amigos Amanda, Carol, Denise Lustri, Eduardo e Daniel Kawano, por compartilharem comigo as venturas e desventuras da vida acadêmica;

aos meus pais, Miguel e Madalena, e irmãos, Tadeu e Rosângela, por acreditarem e me apoiarem, sempre;

aos meus segundos pais, Ilar e Sebastião, por toda a força, especialmente nos períodos mais difíceis;

especialmente ao meu orientador, professor André, pela confiança, orientação e amizades nesses anos.

RESUMO

As organizações sociais consistem em um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver, principalmente, as atividades ligadas às áreas sociais, tidas como não-exclusivas do Estado. Essa modalidade de gestão de serviços públicos foi criada por legislação específica em 1998, no contexto da Reforma do Aparelho de Estado Brasileiro, orientada para a redução de controles burocráticos, busca da eficácia e eficiência das instituições públicas. Nesse contexto, este trabalho teve por objetivo avaliar o modelo das organizações sociais paulistas de saúde por meio de um estudo comparativo com hospitais da administração direta. Para tanto foram utilizados os critérios de desempenho derivados do contrato de gestão firmado entre as organizações sociais e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Esses critérios incluem metas de produção de serviços de saúde e apuração de indicadores da qualidade técnica e percebida dos serviços prestados. O delineamento de pesquisa adotado foi o estudo de casos múltiplos. Nesse sentido, foram estabelecidas seis categorias analíticas nas quais um hospital gerenciado sob a forma de organização social e dois hospitais da administração direta foram comparados entre si, no período de 2002 a 2004. Essas categorias incluíram: 1) a descrição da instituição, da demanda por seus serviços e de sua articulação com a rede de assistência; 2) o estilo de administração adotado e a autonomia gerencial nas instituições; 3) a eficácia; 4) a eficiência; 5) a qualidade dos serviços; e 6) a qualidade percebida pela clientela. A descrição das instituições e da demanda por serviços de saúde em suas regiões de atuação permitiu a comparação de hospitais equivalentes em termos de complexidade e perfil da assistência prestada. A investigação do estilo de administração adotado nas instituições identificou uma série de facilidades ao gestor da organização social e de dificuldades / impeditivos aos gestores dos hospitais públicos referentes à administração de recursos humanos e financeiros. No tocante à eficácia, verificou-se que a organização social cumpriu as metas contratadas no período analisado. Os indicadores de produtividade utilizados demonstraram não haver diferença expressiva de desempenho entre a organização social e um dos hospitais da administração direta. O mesmo resultado foi verificado em relação à qualidade dos serviços, tanto do ponto de vista médico como do ponto de vista do cliente. Entretanto, parece haver um movimento mais consistente da organização social na busca da qualidade. Esses resultados sugerem que somente o gerenciamento sob a forma de organização social não é capaz de explicar diferenças de desempenho entre os hospitais em termos de produtividade, qualidade e satisfação da clientela. Assim, não se pode, nos casos analisados, atribuir à organização social melhor desempenho.

ABSTRACT

Social organizations consist in a model of non-state public organization mainly aimed at absorbing activities such as those related to social areas, which are regarded as not being restricted to the State. This form of public service management was created by specific law in 1998 in the context of the Reform of the Brazilian State Apparatus, and was directed towards reducing bureaucratic control and the search for efficacy and efficiency in public institutions. In such context, this study aimed at evaluating that model for social health organizations in São Paulo state by means of a comparative assessment of hospitals under direct administration. To that end, performance criteria originated from the management agreement executed between social organizations and the São Paulo State Health Department were used. Such criteria included health service production goals as well as the verification of indicators for perceived and technical quality of the services rendered. The study design adopted was that of multiple cases. In this way, six analytical categories were established in which a hospital managed in the form of a social organization and two hospitals under direct administration were compared with each other from 2002 and 2004. Such categories included: 1) a description of the institution, of the demand for its services and of its interaction with the health care network; 2) the management style adopted and the managerial autonomy in the institutions; 3) efficacy; 4) efficiency; 5) service quality; and 6) quality as perceived by clients. The description of the institutions and of the demand for health services in their coverage areas allowed for comparing equivalent hospitals in terms of the profile and complexity of the care given. The investigation of the management style adopted in the institutions identified a number of facilities provided to the social organization's manager and of difficulties / impediments to the public hospitals' managers concerning the administration of human and financial resources. With regard to efficacy, it was observed that the social organization reached the goals established for the period under analysis. The productivity indicators used showed that there was not an expressive difference in performance between the social organization and one of the directly administrated hospitals. The same result was observed as regards service quality according to both the medical viewpoint and the client's. However, there seems to be a more consistent movement in the social organization towards the search for quality. These results suggest that management under the form of a social organization only is not able to explain the differences in performance between hospitals in terms of productivity, quality and clients' satisfaction. Therefore, it is not possible to attribute a better performance to the social organization in the analyzed cases.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	4
LISTA DE QUADROS E TABELAS	5
1 INTRODUÇÃO	6
2 PROBLEMA E OBJETIVOS DA PESQUISA.....	10
3 REFORMA DO ESTADO BRASILEIRA E SUA INTERFACE COM O SETOR SAÚDE, ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E CONTRATO DE GESTÃO.....	11
3.1 A Reforma de Estado no Brasil.....	11
3.1.1 Patrimonialismo e Burocracia	13
3.1.2 Administração Pública Gerencial e Reforma do Aparelho de Estado Brasileiro.	15
3.2 A Reforma do Estado e sua interface com o setor de saúde.....	24
3.3 As Organizações Sociais	29
3.3.1 As organizações sociais – conceito e principais características	29
3.3.2 Aspectos positivos do modelo das organizações sociais	32
3.3.3 Críticas ao modelo das organizações sociais.....	34
3.4 As Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo	41
3.4.1 Breve histórico da implantação do modelo no estado de São Paulo	41
3.4.2 As organizações sociais do estado de São Paulo e as organizações sociais federais	44
3.4.3 A questão do controle nas OSS do estado de São Paulo.....	47
3.4.4 A lógica de financiamento nas OSS	50
3.5 O Contrato de Gestão.....	52
3.5.1 Considerações sobre a medição de desempenho na administração pública e nas organizações hospitalares	54
3.5.2 O contrato de gestão no âmbito das organizações sociais	57
3.5.3 Indicadores de desempenho utilizados e repasse de recursos nas OSS paulistas.	60
3.5.4 O controle das atividades hospitalares.....	61
3.5.5 Considerações finais sobre os contratos de gestão	63
4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA DE CAMPO.....	65
4.1 Natureza da pesquisa.....	65
4.2 Método da pesquisa	67
4.3 Limitações do método de pesquisa.....	70
4.4 Projeto do estudo de caso	71
4.4.1 Questão e proposição do estudo	71

4.4.2	Unidade de análise.....	72
4.4.3	Lógica que une os dados às proposições e critério de interpretação dos resultados 73	
4.5	Coleta de dados.....	74
4.5.1	Fontes de evidências	74
4.5.2	Categorias analíticas	79
4.6	Análise dos dados.....	83
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	86
5.1	As instituições estudadas.....	86
5.1.1	Hospital da Administração Direta – AD ₁	87
5.1.2	Hospital da Administração Direta – AD ₂	91
5.1.3	Hospital gerenciado sob a forma de Organização Social de Saúde- OSS	93
5.2	Caracterização das regiões de atuação dos hospitais	96
5.2.1	Indicadores demográficos	97
5.2.2	Indicador social	101
5.2.3	Indicadores de saúde.....	102
5.3	Estilo de gestão e autonomia administrativa	108
5.3.1	Gestão de Recursos Financeiros	109
5.3.2	Gestão de Recursos Humanos	116
5.4	Eficácia e Eficiência.....	124
5.4.1	Medidas de produção na atividade hospitalar	124
5.4.2	As metas do contrato de gestão	126
5.4.3	Indicadores de produtividade	131
5.5	Qualidade dos serviços prestados	139
5.5.1	Outras práticas e políticas ligadas à qualidade nas instituições	147
5.5.2	Considerações finais sobre a qualidade dos serviços.....	149
5.6	Satisfação da clientela e atenção ao usuário	151
5.6.1	Hospital da administração direta - AD ₁	152
5.6.2	Organização Social de Saúde	159
5.6.3	Considerações sobre o método e os resultados da pesquisa de satisfação das instituições	166
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
7	REFERÊNCIAS.....	175
7.1	Citadas	175
7.2	Consultadas.....	181
	APÊNDICES	182

ANEXOS205

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD: Administração Direta
AIH: Autorização de Internação Hospitalar
ALESP: Assembleia Legislativa do estado de São Paulo
ANS: Agência Nacional de Saúde
BIRD: Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCSS: Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde
CEP: Código de Endereçamento Postal
CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica
CLT: Consolidação das Leis do Trabalho
CREMESP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRO: Comissão de Revisão de Óbitos
CRPM: Comissão de Revisão de Prontuário Médico
DOE/SP: Diário Oficial do Estado de São Paulo
FUNDES: Fundo de Desenvolvimento Econômico e Social
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
ISO: International Organization for Standardization
MARE: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS: Ministério da Saúde
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
OS: Organização Social
OSCIP: Organização Social de Interesse Público
OSEC: Organização Santamarense de Educação e Cultura
OSS: Organização Social de Saúde
PA: Pronto-Atendimento
PAS: Plano de Atendimento à Saúde
PDRAE: Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PMS: Programa Metropolitano de Saúde
PS: Pronto-Socorro
QUANGO: Quasi Autonomous Non-governmental Organization
RH: Recursos Humanos
SADT: Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário
SECONCI/SP: Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário de São Paulo
SESSP: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SIAFEN: Sistema Integrado de Administração Financeira
SIAFÍSICO: Sistema Integrado de Informações Físico-Financeiras
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde
UNESP: Universidade Estadual Paulista
UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas
UTI: Unidade de Terapia Intensiva
TCE/SP: Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADROS

Quadro 1 - Diferenças entre administração pública burocrática e gerencial	16
Quadro 2 - Setores do Estado, objetivos da reforma e políticas, programas governamentais	21
Quadro 3 - Principais características das organizações sociais	32
Quadro 4 - Hospitais gerenciados por meio de contrato de gestão no estado de São Paulo	43
Quadro 5 - Comparação entre as OS do estado de São Paulo e as federais	45
Quadro 6 - Órgãos fiscalizadores e tipo de responsabilização nas OSS paulistas	47
Quadro 7 - Componentes do contrato de gestão no âmbito das OS	58
Quadro 8 - Cláusulas mínimas do contrato de gestão	59
Quadro 9 - Situações relevantes para diferentes estratégias de pesquisa	68
Quadro 10 - Resumo do processo de condução de entrevistas	77
Quadro 11 - Categorias analíticas, significado, justificativa de inclusão, informações necessárias e instrumentos a serem utilizados na pesquisa de campo	80
Quadro 12- Capacidade instalada e operacional de atendimento - AD ₁ , 2004	90
Quadro 13 - Capacidade instalada de atendimento - AD ₂ , 2004	92
Quadro 14 - Capacidade operacional média de atendimento – OSS, 2004	96
Quadro 15 - Cinco principais grupos de causa de mortalidade proporcional nos distritos de saúde de abrangência dos hospitais – 2002	103
Quadro 16 - Subcategorias da Gestão de Recursos Financeiros – AD e OSS	111
Quadro 17 - Subcategorias da Gestão de Recursos Humanos – AD e OSS	117
Quadro 18 - Indicadores de produção hospitalar	125
Quadro 19 - Descrição dos indicadores de produtividade utilizados na análise	133
Quadro 20 - Indicadores de qualidade usados e disponibilizados pelos hospitais nos anos de 2002 a 2004	140
Quadro 21 - Indicadores de qualidade eleitos para comparação entre as instituições	142
Quadro 22 - Avaliação da satisfação da clientela – AD ₁ e OSS	169
Quadro 22 - Avaliação da satisfação da clientela – AD ₁ e OSS (<i>continuação</i>)	170

TABELAS

Tabela 1 - População total e por faixa etária dos distritos administrativos de abrangência do hospital AD ₁ , município de São Paulo – 2004	98
Tabela 2 - População total e por faixa etária dos distritos administrativos de abrangência do hospital AD ₂ , município de São Paulo – 2004	99
Tabela 3 - População total e por faixa etária dos distritos administrativos de abrangência da OSS, município de São Paulo – 2004	100
Tabela 4 - Taxa de alfabetização da população residente de 5 anos ou mais dos distritos administrativos de abrangência dos hospitais (percentual), município de São Paulo – 2000	101
Tabela 5 - IDH dos distritos administrativos de abrangência dos hospitais – 2000	102
Tabela 6 - Coeficientes de mortalidade por causas externas dos distritos de saúde de abrangência dos hospitais – 2001	104
Tabela 7 - Coeficientes de mortalidade infantil nos distritos administrativos de abrangência dos hospitais – 1999 a 2002	105
Tabela 8 - Acompanhamento das metas acordadas pela OSS, 2002 a 2004	126
Tabela 9 - Produção de serviços de saúde, AD e OSS, 2002-2004	128
Tabela 10 - Resultado da avaliação da satisfação do usuário – Pronto-Socorro, Pronto-Atendimento, AD ₁ , Maio a Dezembro de 2004	155
Tabela 11 - Resultado da avaliação da satisfação do usuário – Internação, AD ₁ , Maio a Dezembro de 2004	156
Tabela 12 - Resultado da avaliação da satisfação do usuário – Ambulatório, AD ₁ , Maio a Dezembro de 2004	157
Tabela 13 - Resultado da avaliação da satisfação do usuário – Pronto-Socorro, Pronto-Atendimento, OSS, Julho a Dezembro de 2004	161
Tabela 14 - Resultado da avaliação da satisfação do usuário – Internação, OSS, 2004	163
Tabela 15 - Resultado da avaliação da satisfação do usuário – Internação, OSS, 2003	166

1 INTRODUÇÃO

Nos debates recentes acerca das reformas de Estado no mundo, pelo menos duas grandes vertentes podem ser identificadas. A primeira, permeada pelos valores neoliberais, defende a redução do papel do Estado e sua substituição pelo mercado, ainda que isso signifique perda de direitos sociais da população. Em contra-posição, identificam-se os sociais-democratas, que defendem a necessidade de distinguir, nas diversas atividades do Estado moderno, as instituições a assumirem responsabilidades outrora de Estado e os mecanismos pelos quais essas responsabilidades podem ser desempenhadas.

No Brasil, a proposta atual de reforma, classificada por seus formuladores como sendo de cunho social-democrata, e claramente inspirada nas experiências internacionais, foi apresentada durante o primeiro mandato do governo Fernando Henrique Cardoso, quando Luis Carlos Bresser Pereira, sob o comando do extinto Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) elaborou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE).

A proposta esboçada no PDRAE privilegia a adoção da lógica de mercado na administração pública brasileira, considerada excessivamente burocrática e como um dos condicionantes da crise vivenciada pelo Estado. De maneira geral, a reforma foi conduzida a partir de 1995 tendo como principais objetivos aumentar a governança do Estado, ou seja, sua capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência; limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias; e, finalmente, transferir da União para os estados e municípios as ações de caráter local (BRASIL, 1995).

Nesse contexto, surgiram as agências executivas e reguladoras e as organizações sociais (OS), formas inovativas de gestão capazes de incorporar a lógica de funcionamento do setor privado – autonomia administrativa, flexibilidade na contratação de recursos e mão de obra, controle por resultados e ênfase na qualidade e satisfação da clientela. Em especial, as OS, assumindo a redefinição do tamanho do Estado e a possibilidade de participação de outros setores da sociedade civil na prestação de serviços sociais e científicos constituem a estratégia central da reforma.

As OS consistem em um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver as atividades ligadas às áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde - tidas como não-exclusivas do Estado, mediante qualificação específica. Tratam-se de entidades de direito privado, constituídas sob a forma de associações civis sem fins lucrativos e fundações que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária.

Nesse sentido, as OS consistem em um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade, onde o Estado continua a fomentar atividades e exercer sobre elas um controle estratégico - demandar resultados necessários ao atingimento dos objetivos das políticas públicas por meio de um instrumento denominado contrato de gestão (BRASIL, 1998a).

Pode-se perceber que as políticas setoriais nas áreas sociais foram as que sofreram os mais importantes impactos da implementação da proposta de reforma do Estado. Nesse contexto, o setor público de saúde vem sofrendo alterações que seguem a temática da reforma e apontam o modelo administrativo burocrático como obstáculo à eficiência da gestão das organizações públicas de saúde.

No estado de São Paulo, o marco da parceria firmada pelo governo com o setor público não-estatal foi a qualificação de entidades como OS para a gestão de hospitais públicos, formalizada pela Lei Complementar nº 846 de 1998. Entretanto, ainda que esse modelo tenha se difundido pelo estado, poucos estudos foram realizados para avaliação do desempenho desse tipo de organização.

Carneiro Júnior (2002) analisou em seu trabalho as possibilidades e os limites das OSS, da perspectiva de incremento do controle público e da eficácia social dos serviços. Nesse sentido, por meio do estudo de duas OSS operantes no estado de São Paulo, o autor buscou identificar a capacidade estatal e os mecanismos desenvolvidos para controlar eficazmente as ações e a alocação de recursos financeiros. Além disso, analisou a capacidade de articulação das OSS com os demais serviços da rede assistencial de saúde e questões ligadas à equidade no acesso e ao controle social nesse modelo de gestão. Os resultados indicaram a inexistência de equidade no acesso aos serviços e a ausência de participação da população na formulação das ações de saúde.

Outro estudo, conduzido por Ibañez *et alii* (2001), avaliou a atuação de seis OSS do estado de São Paulo no período compreendido entre os meses de julho de 1999 e junho de 2000. A avaliação de desempenho das OSS foi baseada em alguns dos parâmetros mínimos estabelecidos no contrato de gestão – indicadores de produção e qualidade de serviços. Os resultados indicaram o cumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos em contrato e chamaram a atenção para o comportamento de gastos das seis OSS, que apontaram uma provável impossibilidade de manutenção futura do sistema.

Houve ainda, desde 1998, um movimento paralelo da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo (SESSP) de apoio à implementação e ao acompanhamento dessa nova modalidade de gestão. Entretanto, ainda que a experiência de implantação das OSS seja dotada de características básicas que visam conferir maior flexibilidade gerencial às organizações, há uma série de críticas feitas, e os resultados apontados pelos diversos órgãos envolvidos relativos ao desempenho das OSS mostram-se controversos (CARNEIRO JÚNIOR, 2002). Além disso, dentre trabalhos da área, diversos autores sugerem a necessidade de estudos comparativos (SANO, 2003; SEIXAS, 2003; FERREIRA JÚNIOR, 2004).

Sano (2003) destaca em seu estudo que um campo fértil de análise é a efetividade das OSS, comparativamente com outras modalidades de atendimento. Ressalta ainda que o estabelecimento de metas de atendimento e níveis de qualidade para as OSS leva à consideração da possibilidade de utilizar os mesmos critérios para os hospitais da rede direta, possibilidade esta que está em estudo pela SESSP.

De acordo com Seixas (2003), uma linha importante de investigação seria a comparação da experiência das OSS com outras modalidades de gestão, pertencentes à administração direta e indireta, ou sob a forma de convênios e contratos tradicionais, no sentido de se identificar as diferentes vantagens, limites e possibilidades de utilização desta ou daquela modalidade de administração.

Ferreira Júnior (2004), por meio de estudos em alguns hospitais do estado de São Paulo, comparou os modelos de gerenciamento dos hospitais públicos e dos hospitais gerenciados pelas organizações sociais, não encontrando evidências de que o modelo estatal, por si só é inadequado, e sugerindo a realização de outros estudos comparativos, de eficiência dos modelos.

Percebe-se dessa forma, que apesar das avaliações feitas até o presente momento acerca da atuação das OSS, um estudo comparativo de desempenho que englobe todos os requisitos estabelecidos no contrato de gestão ainda não foi realizado. Assim, pretende-se contribuir para a avaliação e aprimoramento desse novo modelo de gestão de serviços públicos de saúde. Além disso, destaca-se a importância de estudos dessa natureza para a identificação de alternativas factíveis e eficazes de gerenciamento dos recursos públicos.

2 PROBLEMA E OBJETIVOS DA PESQUISA

Com base no exposto até o momento, pode-se definir o problema norteador do presente estudo como o seguinte: “Os hospitais gerenciados por organizações sociais apresentam um desempenho superior, com base em critérios estabelecidos no contrato de gestão, ao dos hospitais públicos da administração direta, no estado de São Paulo?”.

O objetivo geral da pesquisa, por sua vez, consiste em analisar a experiência do modelo das organizações sociais de saúde no Estado de São Paulo. Isso foi alcançado por meio da consecução de três tarefas, simultaneamente: a) avaliação do desempenho de uma organização social de saúde com base nos critérios estabelecidos no contrato de gestão; b) avaliação do desempenho de dois hospitais públicos da administração direta com base nos mesmos critérios; e c) comparação do desempenho dos dois modelos de organizações.

Como objetivos complementares deste estudo, destacam-se os seguintes:

1. discorrer sobre o processo de publicização de atividades não-exclusivas do Estado e o marco das organizações sociais;
2. apresentar o processo criação das organizações sociais de saúde no estado de São Paulo;
3. tecer considerações sobre o contrato de gestão enquanto instrumento legal de regulação das relações entre as organizações sociais e o Poder Executivo.

3 REFORMA DO ESTADO BRASILEIRA E SUA INTERFACE COM O SETOR SAÚDE, ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E CONTRATO DE GESTÃO

Na presente seção dessa dissertação está delineada uma revisão conceitual. Nesse sentido, três grandes temas estão discutidos. Em primeiro lugar, as principais idéias relacionadas à reforma do aparelho de Estado brasileiro e sua interface com o setor de saúde estão destacadas. A reforma conduzida no Brasil a partir de 1995, alinhada a um movimento global de reformas, constitui o pano de fundo e arcabouço ideológico do movimento de criação e implantação das organizações sociais no país. A seguir, as organizações sociais - figuras estratégicas dentro da proposta de reforma, são estudadas, dando-se ênfase àquelas ligadas à área da saúde. Finalmente, o contrato de gestão, estabelecido como o instrumento gerencial no qual são estabelecidas as metas a serem alcançadas, de modo que o desempenho das organizações sociais possa ser avaliado pelo uso de critérios objetivos, foi apresentado.

3.1 A Reforma de Estado no Brasil

A segunda metade do século XX foi marcada por sérias dificuldades econômicas. Essas dificuldades foram vivenciadas tanto pelos países desenvolvidos e seu Estado de bem-estar social, que passaram a conviver com a desaceleração das taxas de crescimento, como pelos subdesenvolvidos, conduzidos pelo Estado desenvolvimentista, que assistiram a graves crises econômicas (PEREIRA; GRAU, 1999).

Dois fatores explicam, de acordo com Diniz (1997), a exaustão do Estado. Em primeiro lugar, o autor destaca a crise fiscal, cujo agravamento colocou em risco o padrão de financiamento da matriz protecionista e autárquica. O segundo fator, mais complexo, consiste, na verdade, em um conjunto de fatores estruturais, que envolvem todos os níveis da ação estatal - as formas predominantes de articulação entre Estado e sociedade, as relações entre capital e trabalho, o padrão de administração do conflito distributivo e a modalidade de relacionamento entre os setores público e privado.

Pereira e Grau (1999), por sua vez, defendem que esse colapso vivenciado pelos Estados foi acentuado pelo processo de globalização, ao passo em que ocorreu o aumento da competitividade internacional e a redução da capacidade dos Estados nacionais de protegerem suas empresas e seus trabalhadores, deflagrando um processo generalizado de concentração de renda e de aumento da violência.

Essa dinâmica do capitalismo internacional, caracterizada pela globalização das economias e dos mercados e pelo acirramento da concorrência, associada à crise fiscal, desencadeou, segundo Barreto (1999) entre os anos 80 e 90, a emergência de três movimentos simultâneos na esfera pública, colocando em dúvida a atual estrutura jurídico-institucional dos Estados, ao exibir o anacronismo do modelo de Estado produtor, prestador de serviços, interventor, excessivamente burocratizado e pouco comprometido com resultados.

O primeiro desses movimentos foi marcado pela redefinição do papel do Estado nacional e de suas relações com a sociedade. Nesse processo, o Estado deixa de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, por meio da produção de bens e serviços, e passa a exercer a função de promotor e regulador desse desenvolvimento. Paralelamente a isso, verificou-se a incorporação, pelo setor privado, de parcela da produção de bens e serviços públicos antes confiados ao Estado. Finalmente, ocorreu a emergência de um setor público não-estatal, entre o Estado e o mercado, voltado para atividades sociais sem fins lucrativos (BARRETO, 1999).

Assim, percebe-se que esses movimentos paralelos, aliados à tentativa de superação do déficit fiscal, constituem um esforço de reconstrução do Estado, que contemplou novas formas de intervenção estatal nos campos econômico e social e a implantação de modelos inovadores de gestão, na busca de superar as barreiras impostas pela administração pública burocrática.

Vale ressaltar que, das discussões relativas à crise experimentada pelo Estado e à necessidade de reforma-lo, surgem, de acordo com Fleury (2001), três posições estratégicas. Em primeiro lugar, podem ser identificados os neoliberais, que defendem a redução do Estado ao mínimo, sempre que possível com sua substituição pelo mercado. Por outro lado, destacam-se os sociais-democratas que defendem um Estado forte e ágil e que assegure os direitos sociais, mesmo que por meio de organizações competitivas não-estatais. Finalmente, os socialistas interpretam a crise como resultado do processo de dominação e exclusão.

A exemplo dos acontecimentos em nível mundial, no Brasil foi verificado, a partir da década de 90, o agravamento da crise do Estado. As dificuldades fiscais tornaram-se crescentes, as formas protecionistas de intervenção na economia exauriram-se e a administração pública burocrática, cada vez mais, passou a ser considerada ineficiente. Nesse sentido, foi iniciada durante essa década, a reforma do aparelho de Estado brasileiro, classificada por seus formuladores como sendo de cunho social-democrata.

A reforma, definida inicialmente no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), tem caráter gerencial e visa substituir a atual administração pública burocrática por uma administração pública considerada gerencial, que adota os princípios da "nova gestão pública"¹, como ficou mundialmente conhecido, especialmente no Reino Unido e nos Estados Unidos, o movimento de reorganização da burocracia, que enfatiza a delegação, a contratação do setor privado e a transferência de funções das entidades governamentais para um conjunto de organizações quase-autônomas, entidades que fazem uso de recursos públicos para desempenhar funções também públicas, mas que contam com certo grau de autonomia em relação ao Estado (GREVE *et alii*, 1999; FERLIE *et alii*, 1996).

Assim, torna-se necessário, antes de apresentar as mudanças empreendidas pela reforma, traçar uma evolução histórica da administração pública, em âmbito mundial e, mais especificamente no Brasil. Dessa forma, estão descritas a seguir, ainda que de forma sucinta, as três formas de administração pública: patrimonialista, burocrática e gerencial.

3.1.1 Patrimonialismo e Burocracia

A administração pública no período pré-capitalista é marcada pelo "patrimonialismo" que, nas palavras de Pereira (2001), significa a incapacidade ou a relutância de o príncipe distinguir entre o patrimônio público e seus bens privados. Assim sendo, nesse tipo de administração, o aparelho do Estado funciona como uma extensão do poder do soberano, e os seus auxiliares possuem *status* de nobreza real.

¹ Do inglês, New Public Management.

Com o nascimento do capitalismo e da democracia passa a existir uma distinção clara entre o patrimônio do Estado e os bens particulares de seus dirigentes, e o mercado e a sociedade civil distinguem-se do Estado. Dessa forma, a administração pública burocrática, surgida no século XIX, em resposta à corrupção e ao nepotismo vigentes, passa a ser dominante. Esse modelo é norteado pelos princípios de um serviço público profissional e de um sistema administrativo marcado por três importantes características – a impessoalidade, o formalismo e a racionalidade (PEREIRA, 1998).

Entretanto, ainda que esse modelo de administração tenha se mostrado um grande avanço para os padrões da época, quando durante o século XX, o Estado ampliou o seu papel social e econômico, absorvendo funções públicas de provedor de educação, saúde, cultura, seguridade social, incentivos à ciência e à tecnologia, investimentos em infra-estrutura e de proteção ao meio ambiente, a burocracia – marcada pela flexibilidade limitada, processo de tomada de decisão lento, regras fins em si mesmas com controles hierárquicos, formalistas e rígidos dos procedimentos – mostrou-se inadequada. A burocracia combatia a corrupção e o nepotismo, mas era cara, lenta e ineficiente (SELXAS, 2003).

Como consequência do controle excessivo, o Estado volta-se para si mesmo e perde a noção de sua missão básica, que é servir aos interesses da sociedade. Dessa forma, a administração pública burocrática que apresentara até então uma qualidade fundamental – a efetividade no controle dos abusos contra a *res publica*, mostra-se ineficiente, auto-referente e incapaz de voltar-se para o serviço aos cidadãos/clientes (PEREIRA, 1998).

Vale destacar neste ponto os comentários realizados por Seixas (2003), que ressalta o comprometimento da administração pública burocrática com interesses corporativos em detrimento dos interesses públicos e a sua incapacidade de evitar a apropriação indevida do bem público. Associa-se a isso o seu viés centralizador e seu pressuposto de ser gerente absoluto da racionalidade, que, de forma conjunta, tornam este modelo inadequado para enfrentar as necessidades de gestão atuais.

Nesse sentido, as críticas relativas às relações clientelistas e corporativas das burocracias, bem como ao seu posicionamento como um grupo de interesses não orientado para o atendimento das necessidades do cidadão, levaram à crescente valorização do modelo privado de gestão em detrimento do público (VENTURA; IGARASI; LIMA, 1998).

3.1.2 Administração Pública Gerencial e Reforma do Aparelho de Estado Brasileiro

A nova administração pública, ou ainda, a administração pública gerencial é marcada pela adoção, por parte do setor público, de um conjunto de conceitos e técnicas comuns às empresas privadas (SEIXAS, 2003). Além disso, a proposta da administração pública gerencial prevê um processo de transferência de funções de execução para a iniciativa privada, com a manutenção na esfera estatal de uma estrutura burocrática menor e mais especializada, concentrada na realização das funções que são consideradas típicas de Estado – formulação de políticas públicas, arrecadação e regulação.

Complementando com as idéias destacadas por Pereira (1998), a reforma gerencial da administração pública brasileira busca combater o patrimonialismo e faz crítica à ineficiência e ao corporativismo da burocracia, propondo combatê-los por meio da combinação dos controles burocráticos de procedimentos, cujo papel deve ser diminuído, com controles gerenciais de resultados, com a criação de quase-mercados nos quais as organizações públicas possam competir e, principalmente, por meio do aprofundamento dos mecanismos democráticos de controle por intermédio do parlamento, da imprensa e do controle social direto. O Quadro 1 ilustra as principais diferenças entre a administração pública burocrática e a gerencial.

Quadro 1 - Diferenças entre administração pública burocrática e gerencial

	Burocrática	Gerencial
Orientação	Auto-referente, concentra-se nas suas próprias necessidades e perspectivas; afirmação do poder "extrovertido" ² do Estado sobre os cidadãos.	Ênfase às necessidades e perspectivas do cidadão-cliente.
Estratégia	Centralização. Não há confiança no gestor público, que deve Ter suas atividades controladas centralizadamente e por meio de procedimentos rígidos e pré-estabelecidos.	Descentralização, delegação e incentivo à criatividade e inovação. É necessária confiança, ainda que limitada, no gestor público, que por sua vez, deve ter liberdade de escolha dos meios mais apropriados ao cumprimento das metas prefixadas.
Instrumento de controle dos gestores públicos	Procedimentos rígidos para contratação de pessoal e para aquisição de bens e serviços, ou seja, os controles são preventivos – vêm <i>a priori</i> .	Contrato de gestão, instrumento fixado entre o Poder Executivo e as organizações responsáveis pela execução das diversas funções acordadas com o Estado.

FONTE: Da autora com base em PEREIRA, 2001.

Na perspectiva da administração pública gerencial, algumas etapas são necessárias para que ocorra a passagem de um modelo de administração burocrática a um estilo gerencial: a separação entre funções políticas e administrativas (o desenho das políticas e sua execução); a distinção entre as atividades exclusivas do Estado das atividades que podem ser realizadas por outros agentes; a transferência da ênfase no controle dos procedimentos para a ênfase em resultados; a atribuição clara de responsabilidades e a definição de formas de prestação de contas (Seixas, 2003).

Assim, visando a superação da crise vivida pelo Estado brasileiro, em parte causada pelos entraves da administração pública burocrática e a incorporação no setor público de conceitos e práticas ligados à gestão privada, a reforma do Estado combinou quatros processos interligados:

- a. a redefinição do papel do Estado orientada para a redução de seu tamanho e, principalmente, de seu contingente de pessoal, mediante adoção de programas de privatização, terceirização e publicização³;

² O poder extroverso do Estado refere-se ao poder de imposição de leis e impostos à sociedade civil. Este poder é exclusivo de Estado.

³ Entende-se por publicização o processo de transferência dos serviços não-exclusivos do Estado para o setor público não-estatal ou terceiro setor mediante transformação de entidades estatais em organizações públicas não-estatais, denominadas organizações sociais.

- b. a redução do grau de interferência do Estado, mediante adoção de programas de desregulação e realização de reformas econômicas orientadas para o mercado, visando sobretudo à promoção da capacidade de competição internacional do país;
- c. aumento da governança do Estado, entendida como a capacidade de tornar efetivas as decisões do governo, ou seja, implementar políticas públicas de forma eficiente e conjugada com a sociedade – envolvendo o ajuste fiscal – direcionado à recuperação da autonomia financeira do Estado – e a implantação da administração pública gerencial; e
- d. o aumento da governabilidade, que consiste no fortalecimento da capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar (BRASIL, 1995).

As orientações elencadas acima deram origem a um modelo conceitual de reforma que paralelamente à definição do aparelho de Estado estabelecida no PDRAE, como sendo

a administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado em seus três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, Estados membros e municípios), compreendendo a cúpula dirigente dos três poderes, um corpo de funcionários e a força militar e compreendendo, adicionalmente, o sistema constitucional legal, que tem o monopólio da violência legal, o poder de legislar e tributar a população de um território

permite a distinção de quatro setores característicos da ação estatal de acordo com a natureza de suas atividades. Esses setores do aparelho de Estado estão destacados a seguir (BRASIL, 1995).

- a. Núcleo estratégico: corresponde ao governo, em sentido lato. É o setor que define as leis e as políticas públicas, e cobra o seu cumprimento. Corresponde aos poderes legislativo e judiciário, ao ministério público e, no poder executivo, ao presidente da república, aos ministros e aos seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas.
- b. Atividades exclusivas: é o setor em que são prestados serviços que somente o Estado pode realizar. São serviços em que se exerce o poder extroverso do Estado – o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar, como por exemplo, a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias etc.

- c. **Serviços não-exclusivos:** corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado. Este, entretanto, está presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os de educação e saúde, ou porque possuem “economias externas” relevantes, na medida que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços por meio do mercado. São exemplos desse setor as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus.
- d. **Produção de bens e serviços para o mercado:** corresponde à área de atuação das empresas. É caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado como, por exemplo, as do setor de infra-estrutura. Fazem parte do aparelho do Estado seja porque faltou capital ao setor privado para a realização do investimento, seja porque são atividades naturalmente monopolistas, nas quais o controle via mercado não é possível, tornando-se necessária, no caso de privatização, a regulamentação rígida.

Torna-se relevante destacar que cada um dos quatro setores referidos anteriormente foi associado a diferentes tipos de propriedade e de modelos gerenciais. A estratégia inerente à reforma do Estado brasileiro pode ser resumida na Ilustração 1.

	Forma de propriedade			Forma de administração		Instituição Estratégica
	Estatal	Pública não-estatal	Privada	Burocrática	Gerencial	
Núcleo Estratégico	X			X	X	Carreiras concursos
Atividades exclusivas	X				X	Agências executivas
Serviços não-exclusivos	Publicização X →				X	Organizações Sociais
Produção mercado	Privatização →		X		X	Empresa Privada

Ilustração 1 - Estratégia da reforma do aparelho de Estado brasileiro

FONTE: FLEURY, 2001, p. 29.

Conforme apontado na Ilustração 1, no núcleo estratégico passa a ser de fundamental importância que as melhores decisões sejam tomadas e, em seguida, efetivamente cumpridas, caracterizando uma administração pública burocrática. Já no campo das atividades exclusivas de Estado, dos serviços não-exclusivos e da produção de bens e serviços o critério de eficiência torna-se fundamental, com a busca de uma relação ótima entre qualidade e custo caracterizando uma administração pública gerencial (BRASIL, 1995).

Outra distinção importante realizada no plano diretor foi aquela relativa às formas de propriedade envolvidas em cada um dos quatro setores do Estado. No núcleo estratégico e nas atividades exclusivas de Estado, a propriedade passa a ser necessariamente estatal. No setor de produção de bens e serviços para o mercado, dada a possibilidade de coordenação via mercado, a propriedade privada passa a ser a regra. E finalmente, para o setor não-exclusivo ou competitivo do Estado a propriedade ideal passa a ser a pública não-estatal, visto que deveria tornar mais fácil e direto o controle social, através da participação nos conselhos de

administração dos diversos segmentos envolvidos, ao mesmo tempo em que favoreceria a parceria entre o Estado e a sociedade (BRASIL, 1995). Para esse setor devem ser transferidos serviços ligados à saúde, educação, cultura, pesquisa e proteção ambiental.

Segundo Barreto (1999), os formuladores do PDRAE justificaram a adoção da propriedade pública não-estatal e do modelo de administração gerencial para a prestação de serviços sociais, culturais, de pesquisa científico-tecnológica e de proteção ambiental baseando-se em algumas considerações. Destacaram, em primeiro lugar, que o problema central desse setor consiste na rigidez administrativa inerente ao modelo burocrático de gestão. Além disso, como esses serviços não são típicos de governo e nem se apóiam no poder extroverso do Estado, não há por que submetê-los aos obstáculos impostos pela administração burocrática ou mesmo mantê-los dentro do âmbito do Estado. Ademais, de acordo com os formuladores do plano, esse modelo de propriedade permite um tipo de gestão mais autônoma e flexível, impossível de ser exercida dentro do aparelho do Estado.

O modelo conceitual de reforma do Estado define, complementarmente, critérios de êxito administrativo para cada setor de atuação estatal. Esses critérios, por sua vez, norteiam o estabelecimento de objetivos específicos a serem alcançados pela reforma em cada setor, assim como a formulação de políticas e programas governamentais visando a sua implementação (BARRETO, 1999), conforme destacado pelo Quadro 2.

Quadro 2 - Setores do Estado, objetivos da reforma e políticas, programas governamentais

Setores de atuação do Estado	Critério de êxito administrativo	Objetivos para a reforma do Estado	Políticas e programas governamentais
Núcleo estratégico do governo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Correção e adequação das políticas e normas; ▪ Efetividade das decisões tomadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevar a capacidade administrativa/gerencial; ▪ Aumentar a efetividade da ação governamental; ▪ Introduzir a cultura gerencial, baseada no desempenho. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política de profissionalização do serviço público; ▪ Envolvendo: política de carreira, concursos públicos anuais, educação continuada, administração salarial.
Atividades exclusivas do Estado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eficiência, eficácia e efetividade dos serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantar o modelo de administração gerencial, orientada para resultados (em substituição ao modelo burocrático-hierárquico). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transformar as autarquias e fundações que possuem poder de Estado em agências autônomas (ou agências executivas) administradas segundo contratos de gestão.
Serviços não-exclusivos do Estado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantia de maior agilidade, qualidade e eficiência no atendimento das demandas sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Superar a rigidez burocrática decorrente da aplicação de normas burocráticas; ▪ Lograr maior autonomia e responsabilidade para os dirigentes desses serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transferir esses serviços para o setor público não-estatal (ou terceiro setor), através de programa de publicização, mediante transformação das atuais entidades públicas em organizações sociais.
Produção para o mercado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obedece à lógica do setor privado: o critério de êxito é o lucro. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adotar a mesma lógica de atuação do setor privado: propriedade privada e administração gerencial. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transferir essas atividades para o setor privado, dando continuidade ao programa de privatização; ▪ Reorganizar e fortalecer os órgãos de regulação dos monopólios naturais que forem privatizados.

FONTE: BARRETO, 1999, p. 117-118.

Resumidamente, pode-se identificar na reforma dois movimentos complementares. Em primeiro lugar, destaca-se a busca de um Estado gerencial, em contraposição ao modelo burocrático, característico do Estado interventor. O novo Estado, mais gerencial que executor, baseia-se no suporte teórico da nova administração pública e apresenta como expoentes os norte-americanos e os ingleses, preocupados com a eficácia e a eficiência do aparelho estatal frente às novas demandas sociais e políticas da globalização (CARNEIRO JÚNIOR, 2002).

O segundo movimento marcante da reforma consiste na transferência das funções não-essenciais do Estado para as propriedades privada e pública não-estatal. Destaca-se que em décadas passadas, os modelos de Estado e suas formas de relações com a sociedade assumiram lógicas políticas, econômicas e ideológicas diversas. Na periferia do capitalismo dos anos 50 e 60, o Estado é o principal responsável pela industrialização e modernização da vida urbana.

Na década de 70, inverte-se o papel desempenhado pelo Estado e o mesmo passa a ser considerado obstáculo ao desenvolvimento econômico. Nos anos 80 emergem modelos de organização estatal e de relação com a sociedade condizentes com a ideologia econômica neoliberal, ou seja, o livre-mercado como agenciador da organização social e definidor do papel do Estado – o Estado mínimo. Finalmente, nos anos 90, surgem críticas às proposições liberais da década anterior, que criam necessidades de articulação das dimensões política e econômica na conformação de um novo Estado (CARNEIRO JÚNIOR, 2002).

Nesse sentido, Pereira (1998) destaca que a reforma parte do pressuposto de que em diversas áreas, particularmente nas sociais e científicas, o Estado pode ser eficiente por meio da utilização de instituições e estratégias gerenciais e de organizações públicas não-estatais para executar os serviços por ele apoiados, recusando, assim, o pressuposto neoliberal da ineficiência intrínseca e generalizada do Estado. A reforma implica, segundo o autor, uma reação à onda neoconservadora ou neoliberal, que, estimulada pela crise ou pela desaceleração econômica, fez, a partir dos anos 70, uma crítica radical ao estado social-burocrático do século vinte, nas três formas que este assumiu: o Estado do bem-estar social, no chamado primeiro mundo; o Estado comunista, naquilo que constituía o segundo mundo; e o Estado desenvolvimentista, no terceiro mundo.

Essa transferência da produção de bens e serviços não exclusivos do Estado, particularmente das áreas da saúde, proteção ambiental e pesquisa científica, para a propriedade pública não-estatal caracterizou o que se pode denominar de publicização. No contexto de publicização surgiram, por meio da Medida Provisória nº 1.591, de 09 de outubro de 1997 e da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, as organizações sociais (OS). Segundo BRASIL (1998a), as organizações sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades podem ser consideradas de interesse público, tais como educação, saúde, cultura, pesquisa científica, proteção e preservação do meio-ambiente.

Nesse momento é válido ressaltar que o modelo das OS e das agências executivas, implantado no Brasil com a reforma gerencial de 1995 é inspirado na experiência internacional, em especial a do Reino Unido, que a partir de 1986 e sob o governo de Margareth Thatcher passou a implantar “corpos públicos não-departamentais” conhecidos como Quangos - *quasi autonomous non-governmental organizations* (QUANGOS). Assim como as OS, as QUANGOS são entidades sem fins lucrativos, desprovidas de servidores públicos em seus quadros, livres de controles próprios da administração pública burocrática, entretanto, que recebem recursos incluídos no orçamento público (OLAK, 2000).

Entretanto, como o objetivo desse trabalho não consiste em descrever as orientações teóricas da reforma, e sim discorrer sobre as mudanças implementadas por esse movimento no Brasil, que teve como maior expressão a criação e implantação do modelo das OS, e mais especificamente, investigar empiricamente o funcionamento dessa modalidade de gestão no estado de São Paulo, as influências da experiência internacional sobre o modelo de reforma brasileiro não serão discutidas em maiores detalhes.

A implantação das OS introduz uma nova forma de parceria entre a sociedade e o Estado, baseada em resultados e que conjuga autonomia, flexibilidade e responsabilidade na gestão. Nesse caso, o Estado assume o financiamento total ou parcial, e as OS, qualificadas para tanto, absorvem a prestação desses serviços, ficando responsáveis pelos resultados pactuados por meio de contratos de gestão. Com essa iniciativa, o Estado oferece aos dirigentes de órgãos e entidades públicas estatais responsáveis pela prestação de serviços sociais a possibilidade de se emanciparem das disfunções operacionais do Estado assumindo plenamente a gestão estratégica de suas respectivas organizações (BARRETO, 1999).

Entretanto, as idéias ligadas à reforma e à inauguração dessa nova modalidade dos serviços públicos não ficaram isentas de críticas. De acordo com Catalá (2001), a reforma gerencial da administração pública é necessária, todavia tende a ignorar aspectos institucionais básicos, normalmente ligados à burocracia, entre os quais estão a segurança jurídica, a imparcialidade administrativa, a interdição de atos arbitrários e a responsabilização judicial de autoridades e funcionários. Para esse autor, na América Latina, as jovens democracias têm de desenvolver ao mesmo tempo a cultura administrativa gerencial e o Estado de direito. As críticas mais comuns traçadas às OS, marco da reforma no Brasil e objeto de estudo dessa dissertação, estão descritas em maiores detalhes em capítulo reservado a este tema.

3.2 A Reforma do Estado e sua interface com o setor de saúde

Fleury (2000) citada por Misoczky (2003) estabelece que é preciso distinguir as expressões “reforma sanitária” e “reforma do setor saúde”, que segundo a autora, possuem significados e implicações diferentes. A primeira refere-se a processos que visam transformar a legislação e os arranjos institucionais de modo a proteger a saúde dos cidadãos e propiciar um efetivo deslocamento das relações de poder na sociedade. A segunda, por sua vez, enfatiza aspectos de organização do sistema de saúde para a racionalização dos recursos financeiros. É justamente desse segundo movimento que trata esse capítulo.

Foram as políticas setoriais nas áreas sociais que sofreram os impactos mais importantes da implementação do ideário das propostas de reforma do Estado. Dessa maneira, a reforma do setor de saúde tem se relacionado com os processos mais amplos de reforma do Estado no Brasil (CARNEIRO JÚNIOR, 2002). De acordo com Almeida (1996), a crise fiscal exerceu impacto significativo sobre o setor da saúde. O crescimento das despesas com saúde nas contas nacionais, o aumento das pressões sociais para uma atenção mais qualificada ao cidadão e a percepção do alto custo do tratamento intra-hospitalar chamaram a atenção dos economistas para a necessidade de contenção de custos no setor (SEIXAS, 2003).

Na América Latina, os projetos de reforma dos sistemas de saúde, assim como no Brasil, ocorrem num contexto de implementação de políticas de ajuste fiscal. Entretanto, ganham impacto e complexidade diferenciados frente às especificações da região - abrangência e intensificação da pobreza, deterioração das condições de vida e saúde da população, diminuição dos investimentos públicos, emergência de demandas sociais decorrentes da democratização, exigências dos bancos credores e necessidade de reforma do Estado (SEIXAS, 2003).

O diagnóstico do setor de saúde para a região da América Latina, de acordo com dados do Banco Mundial (1993, *apud* SEIXAS, 2003), enfatiza três pontos importantes. Em primeiro lugar, chamam a atenção a má alocação e o desperdício de recursos caracterizados pela ineficiência e pela explosão de custos decorrentes da expansão do número de médicos, da

incorporação tecnológica descontrolada e das formas de pagamento que incentivam gastos crescentes. Em segundo lugar, a iniquidade, entendida como o não-acesso dos mais pobres aos serviços aparece como ponto de destaque. Finalmente, a baixa qualidade dos serviços prestados é característica marcante dos serviços públicos de saúde.

É interessante observar que as modificações propostas na agenda de reformas recomendada pelo Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde para sanar os problemas enfrentados pelo setor de saúde na América Latina apresenta congruência com a reforma do Estado. Entre os objetivos propostos, pode-se destacar quatro grandes orientações que são capazes de resumir a estratégia das reformas adotadas. Em primeiro lugar, a reforma setorial buscou viabilizar a diminuição do Estado, por meio da reestruturação do composto público-privado na saúde e descentralização para os níveis sub-nacionais e para o setor privado. Além disso, visou redirecionar o modelo assistencial, enfatizando a saúde pública e a prevenção de doenças e estimulando o atendimento extra-hospitalar (CARNEIRO JÚNIOR, 2002).

Simultaneamente, pretendeu racionalizar os gastos e regular os serviços prestados por meio da “atenção médica gerenciada” (*managed care*) e do controle da demanda, especialmente por meio da co-participação do usuário no pagamento de serviços utilizados. Finalmente, buscou assegurar maior eficiência e eficácia na prestação de serviços, introduzindo mecanismos de mercado no setor como a competição administrada e a separação entre órgãos financiadores e prestadores de serviços, com o estabelecimento de contratos como instrumentos de regulação entre as partes (ALMEIDA, 1996; QUINTANA *et alii*, 1996).

Esses organismos internacionais defendem a restrição do Estado no setor da saúde à função de regulador e provedor de serviços básicos à população, deixando ao mercado a responsabilidade dos serviços mais especializados e de alta complexidade (ELIAS, 1996). Nesse sentido, de acordo com Misoczky (1995) *apud* Carneiro Júnior (2002), definem-se como funções do Estado para o setor as seguintes atribuições: 1. desenvolvimento de ações voltadas para o controle de doenças transmissíveis; 2. organização de sistemas de informação; 3. responsabilização pelo programa de imunização; 4. regulamentação dos seguros de saúde.

Concomitantemente a essa discussão, no PDRAE é proposta a reorganização do sistema de saúde brasileiro, dividindo-o em dois subsistemas autônomos e articulados gerencialmente – o

subsistema de entrada e controle e o subsistema de referência ambulatorial e hospitalar. O primeiro subsistema, de acordo com o plano, é composto principalmente pelos postos de saúde e equipes de Saúde da Família e deve ser dotado de resolubilidade para os problemas mais comuns de saúde, continuidade do cuidado de saúde dos indivíduos, evitando a fragmentação e a superposição das ações básicas, além do compromisso com a qualidade do atendimento; a este subsistema compete também o encaminhamento para atendimento de níveis maiores de complexidade e de especialização na rede ambulatorial de referência e nos hospitais, que constituem o segundo subsistema, de referência ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 1998b).

No plano de reformas, enfatiza-se que o objetivo das mudanças planejadas para o setor é garantir um melhor atendimento ao cidadão através de um controle mais adequado do sistema, que garanta menores custos e melhor qualidade dos serviços pagos pelo Estado. Alega-se ainda que a reforma visa a racionalização do acesso ao atendimento hospitalar, evitando internações e exames desnecessários (BRASIL 1998b).

Para alcançar esse maior grau de controle, a reforma opta por três estratégias – a descentralização, com maior clareza na definição das atribuições e no poder de decisão das diferentes esferas de governo; a reorganização do sistema de saúde brasileiro, conforme destacado anteriormente; e a montagem de um sistema de informações em saúde visando acompanhar os resultados das ações dos dois subsistemas, conectados em rede, com capacidade de controlar despesas, gerar indicadores para a vigilância epidemiológica, avaliar a qualidade e medir resultados alcançados (BRASIL, 1998b).

Os articuladores da reforma destacam ainda que os hospitais integrantes do segundo subsistema podem ser estatais, **públicos não-estatais**⁴ ou privados e propõem uma separação clara entre os dois subsistemas, permitindo o controle do segundo pelo primeiro e, sempre que possível, o surgimento de um mecanismo de competição administrada entre os fornecedores de serviços de saúde.

Essa divisão em subsistemas, nas palavras de Carneiro Júnior (2002, p.55),

explicita e operacionaliza as recomendações do Banco Mundial, recomendações essas aceitas pelo movimento da “nova administração pública”, aos quais o modelo

⁴ Grifo nosso

da reforma do Estado brasileiro se afiliou, especialmente em termos de competitividade do setor público, descentralização, *accountability* e privatização, conforme apontado pelo PDRAE ao destacar o alvo da reforma para o setor saúde como sendo a parte mais cara do Sistema Único de Saúde (SUS) – a assistência ambulatorial e hospitalar.

Nesse momento, vale ressaltar que o SUS foi instituído pela Lei 8080/90 em um período no qual muitos países no mundo, especialmente os desenvolvidos, preparavam ou de fato executavam mudanças profundas no modelo e nas suas estruturas de prestação e das relações oferta-demanda de serviços de saúde. Essas mudanças foram decorrentes da disseminação e rápida assimilação dos princípios e valores das novas tendências do mercado e de organização das economias, que dentre outros elementos, visaram o enxugamento do Estado e a redução do seu papel de protagonista na manutenção ou procura do bem-estar das nações (MELO *et alii*, 1998). No Brasil, a presença marcante do Estado na prestação direta ou por intermédio da rede privada conveniada, dependente do financiamento estatal, é uma característica do sistema de saúde (CARNEIRO JÚNIOR, 2002). Segundo Malik e Teles (2001), a compra de serviços de saúde pelo SUS pode chegar a 100% da receita de hospitais públicos ou mesmo filantrópicos.

Além disso, ressalta-se que o atendimento ambulatorial e hospitalar no Brasil responde por mais de 80% do orçamento dedicado à saúde e que o problema fundamental enfrentado por esse tipo de assistência é o da baixa qualidade dos serviços (BRASIL, 1998a). Assim, para esse subsistema, a reforma destaca a transformação de hospitais estatais em organizações sociais (OS). Estabelece ainda que os hospitais universitários e aqueles que tenham um papel relevante na pesquisa médica deverão continuar a ter prioridade por parte do Estado. Além disso, previu a instituição de um programa de remuneração que recompense o desempenho e a qualidade do atendimento (BRASIL, 1998b).

Nesse contexto, a concepção e implantação das OS, como uma estratégia central do PDRAE, que atingiram de forma mais explícita o setor de saúde no Brasil, consistem em um marco da reforma para a saúde. A transformação de hospitais públicos em uma nova modalidade de gestão configura a forma organizativa dos chamados serviços não-exclusivos ou competitivos do Estado, que correspondem ao setor onde o mesmo atua concomitantemente com outras organizações públicas não-estatais e privadas, conforme explicitado em seção anterior desse trabalho (CARNEIRO JÚNIOR, 2002).

A implantação da reforma tem nas OS uma estratégia fundamental. Assim, a partir de meados da década de 90 intensifica-se a implantação desse modelo de gestão no Brasil, particularmente de hospitais públicos, mediante a transferência da gestão dessas entidades para agentes privados, organizados sob a forma de fundações, cooperativas, instituições religiosas, entre outros (ELIAS, 1999; MACHADO, 1999)

Sob essa nova modalidade de gestão, as instituições podem operar mais facilmente com mecanismos gerenciais, valorizados em relação à administração de pessoal e de recursos materiais. São capazes de promover concorrência entre si, dado que atuam na produção de bens públicos, tratando-se de uma resposta aparentemente viável à redução do papel do Estado na prestação de serviços de saúde (CARNEIRO JÚNIOR, 2002). Esse novo modelo de gerenciamento dos serviços públicos de saúde será discutido a seguir em maiores detalhes.

3.3 As Organizações Sociais

Conforme visto no capítulo anterior, a atual proposta expressa no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), busca imprimir caráter gerencial à administração pública brasileira, propondo a redefinição das relações existentes entre Estado e sociedade e a divisão da ação estatal em quatro setores associados a diferentes formas de propriedade e modelos de gestão.

Nessa distinção dos tipos de propriedade e modelos de gerência estabelecida no PDRAE, parte-se do pressuposto que o público não coincide, essencialmente, com a atividade estatal, assim, as atividades de caráter público também podem se encontrar na dimensão não-estatal (VENTURA; IGARASI; LIMA, 1998). Nesse sentido, destaca-se na proposta de reforma a introdução de um elemento inovador, intitulado de publicização.

A publicização, como definida previamente, consiste no processo de transferência dos serviços classificados como não-exclusivos do Estado – de caráter social e científico - para o setor público não-estatal ou mediante transformação de organizações estatais em instituições públicas não-estatais, denominadas organizações sociais (OS). Esse processo produziu mudanças profundas na natureza do relacionamento entre o Estado e a área social e, em consequência disso, vem sofrendo inúmeros questionamentos. Nesse capítulo, o modelo das OS será abordado em maiores detalhes, dando-se ênfase àquelas ligadas à área da saúde, tema central dessa dissertação.

3.3.1 As organizações sociais – conceito e principais características

De acordo com Brasil (1998a), as OS são um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver as atividades publicizáveis do Estado mediante qualificação específica. Entende-se por OS as entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo,

obtem autorização legislativa para celebrar contrato com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária. Essa transferência de atividades sociais e científicas para entidades do terceiro setor é baseada no pressuposto de que esses serviços ganharão em qualidade e serão otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados e orientação ao cliente-cidadão (BARRETO, 1999).

Ainda, segundo Modesto (1997), as OS podem ser definidas, de forma operacional, como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas para atividades de relevante valor social, que independem de concessão ou permissão do poder público, criadas por iniciativa de particulares segundo modelo previsto em lei, reconhecidas, fiscalizadas e fomentadas pelo Estado.

É importante destacar que as OS constituem uma inovação institucional, pois desencadearam um marco legal amplamente inovador quanto ao modo de relacionamento entre o Estado e as instituições sem fins lucrativos de relevância social. Este marco legal vincula as OS a normas que, por um lado, estabelecem um regime de maiores restrições e maior vigilância do Estado se comparado ao atual regime jurídico aplicável às tradicionais entidades privadas de utilidade pública e, por outro, assegura-lhes também maiores benefícios e vantagens (MODESTO, 1997).

Entretanto, essas organizações não representem uma nova figura jurídica. São pessoas jurídicas estruturadas sob a forma de fundação privada ou associação sem fins lucrativos, ficando, portanto fora da administração pública, como pessoas jurídicas de direito privado. A inovação, nesse caso, consiste no fato de sua qualificação, por decreto, como OS (OLAK, 2000).

Seguindo essa linha de raciocínio, ser uma OS significa possuir um título jurídico especial, conferido pelo Poder Público em vista do atendimento de requisitos gerais de constituição e funcionamento previstos expressamente em lei. Estes requisitos são de adesão voluntária por parte das entidades privadas e estão dirigidos a assegurar as garantias necessárias a uma relação de confiança e parceria entre o ente privado e o Estado (MODESTO, 1997).

A partir de sua qualificação, a OS passa a ser reconhecida como de interesse coletivo e de utilidade pública e, dispondo de autonomia administrativa, fica habilitada a receber recursos

financeiros do Estado e a gerenciar bens, equipamentos e servidores cedidos pelo Poder Executivo para a execução de serviços públicos. Ao mesmo tempo em que o Executivo qualifica uma OS, a entidade pública existente que executava o serviço pleiteado pela OS agora constituída é extinta, e os seus funcionários passam para um quadro em extinção, ou seja, permanecem como servidores públicos, só que não haverá mais o ingresso de novos servidores no lugar dos que deixarem o governo (VAZ, 1999).

Além dos recursos governamentais, essa organização poderá também obter outros ingressos, de várias procedências, tais como da produção e comercialização de bens ou serviços, de doações, legados e heranças, de contribuições voluntárias, de financiamentos, de rendimentos de aplicações de seus ativos financeiros e de outros pertinentes ao patrimônio sob sua administração, de *royalties* e direitos autorais etc. (BARRETO, 1999).

As principais características das OS estão resumidas no Quadro 3. Algumas das peculiaridades desse modelo já foram previamente destacadas, outras, entretanto, serão melhor elucidadas no decorrer do capítulo.

Quadro 3 - Principais características das organizações sociais

Características	Descrição
Descentralização para a sociedade	As OS absorvem atividades não-exclusivas de Estado, anteriormente realizadas por órgãos ou entidades da administração pública, gradualmente extintos.
Autonomia administrativa	As OS são entidades com personalidade jurídica de direito privado, criadas fora do Estado e sem vinculação com a administração pública, para desenvolver atividades nas áreas de ensino, pesquisa, meio-ambiente, cultura e saúde.
Finalidade não-lucrativa	Os excedentes financeiros que venham a ser gerados deverão ser obrigatoriamente aplicados no desenvolvimento das atividades das OS.
Fomento pelo Estado	As OS recebem recursos orçamentários do Estado e podem gerir o patrimônio físico (prédios, instalações e equipamentos) da entidade estatal extinta e seus respectivos servidores públicos, que lhe serão cedidos até se aposentarem.
Contrato de Gestão	Documento que estipula objetivos, metas e indicadores a serem cumpridos pela OS e os recursos que o Estado vai lhe transferir a título de fomento.
Controle social	O conselho de administração das OS deve contar obrigatoriamente com representantes de entidades da sociedade civil e personalidade de notória capacidade e idoneidade, além de representantes do Estado e associados da própria OS.
Empregados celetistas	O quadro de pessoal da OS é constituído de empregados celetistas contratados diretamente pela instituição, conforme estrutura de cargos e salários definida pela própria OS.
Normas próprias para aquisição de bens e contratação de serviços	A OS pode licitar com base em regulamento próprio, adaptado às suas características de gestão.

FONTE: MARE, 1998.

3.3.2 Aspectos positivos do modelo das organizações sociais

No âmbito da reforma do Estado, alguns aspectos positivos do modelo das OS, comparativamente às formas existentes de organizações estatais podem ser destacados. O grande avanço desse tipo de instituição consiste no ganho de flexibilidade na gestão. Por serem instituições de direito privado, as OS não estão sujeitas às normas da administração pública (VENTURA; IGARASI; LIMA, 1998). Assim, às OS não se aplicam os regulamentos

para gestão de recursos humanos, orçamento, finanças, compras e contratos vigentes na administração pública.

Mais especificamente, isso significa que essas instituições 1) têm planos de cargos e salários próprios, a remuneração de seus empregados é baseada no valor de mercado e não precisa seguir a tabela salarial do setor público; 2) não estão sujeitas à Lei de Licitações para contratações e compras⁵; e 3) têm autonomia para gerir suas receitas, uma vez que os recursos consignados no Orçamento Geral da União para execução do contrato de gestão constituem receita própria da OS, cuja alocação não se sujeita aos ditames da execução orçamentária, financeira e contábil governamentais. A prestação de contas é exercida nas OS por meio da avaliação do cumprimento de metas estabelecidas previamente com o Poder Público no contrato de gestão (SANO, 2003).

De acordo com Sano (2003), é preciso lembrar que cada OS deve ter seu próprio regulamento de contratações aprovado pelo conselho de administração da organização e divulgado em Diário Oficial o que, de certa maneira, disciplina suas atividades. Entretanto, mesmo com regras determinadas e divulgadas, a flexibilidade e agilidade das OS na contratação e desligamento de pessoal é maior se comparadas com as normas que devem ser seguidas por órgãos públicos, sujeitos ao Regime Jurídico Único dos servidores públicos e a concurso público.

Além disso, Sano (2003) destaca que, ao criar um novo modelo de gestão, mas que coexiste com formas tradicionais, o governo pode promover a competição entre as diferentes formas, seja por recursos, por usuários do serviço, mas principalmente, por resultados, pois é a partir dessa lógica que um modelo pode ser valorizado em relação ao seu concorrente. Assim, a tendência é que tanto o governo, quanto a sociedade ganhem, pois a busca por melhores desempenhos tende a otimizar a utilização dos recursos e a levar um serviço com mais qualidade para a população.

Soma-se a essas características apontadas, que conferem às OS ganhos em agilidade na gestão e qualidade no atendimento, outro fator relevante – o controle social, que é exercido por meio

⁵ O instrumento legal que propiciou às OS maior independência em sua administração foi a Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998, que alterou vários dispositivos da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, estabelecendo que é dispensável a licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as OS, qualificadas no âmbito das diferentes esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão.

de um conselho de administração, composto por membros do poder público e da sociedade civil. Segundo Barreto (1999), a participação social nessas organizações, prevista pela Medida Provisória nº 1591, de 9 de outubro de 1997, que determina a participação de representantes da comunidade (pessoas físicas e jurídicas) em seus respectivos órgãos colegiados de deliberação superior, abre espaço para o controle direto da sociedade sobre as atividades executadas.

A idéia do controle social ou da participação popular é reforçada por Modesto (1997), ao destacar que as novas formas de cooperação privada e parceria com o Poder Público, de importância crescente na atual sociedade, estão diretamente vinculadas à idéia de participação popular na esfera pública.

Finalmente, uma última característica pode ser associada às OS – elas podem ser utilizadas como um artifício para adequar as contas dos governos à Lei de Responsabilidade Fiscal. Isto ocorre porque os recursos destinados às OS não são considerados como um gasto com pessoal, mesmo que uma parte esteja reservada ao pagamento dos salários dos funcionários das OS. Esta lógica viabiliza a ampliação do leque de serviços sem onerar a carga de gastos com o salário do funcionalismo (SANO, 2003).

3.3.3 Críticas ao modelo das organizações sociais

Apesar dos possíveis benefícios apontados acima, relacionados ao modelo das OS, essa inovação não está imune a críticas. Segundo Seixas (2003), a implantação das OS caracteriza-se como um espaço crítico dentro do projeto de reforma, por ser a área que exige maior transformação em termos culturais, conceituais, valorativos e jurídico-institucionais frente às práticas existentes no setor público. As principais críticas traçadas às OS são divididas nesse trabalho em dois grupos – o primeiro composto daquelas relativas ao modelo de concepção desse novo tipo de organização e, o segundo constituído dos problemas potenciais que podem surgir de sua implantação.

Críticas ao modelo de concepção das OS

Sob essa perspectiva, as OS podem sofrer dois tipos de críticas. Por um lado, podem confundir-se com entes da administração indireta do Estado e, por outro, com mecanismos de privatização ou terceirização de serviços públicos (MODESTO, 1997).

Algumas das vantagens concedidas pelo Estado às OS, segundo Modesto (1997), surpreenderam os juristas, em especial a possibilidade prevista de haver absorção, pelas entidades qualificadas como OS, de atividade e recursos de entidades estatais extintas por lei específica. Os bens de entidade extinta de ordinário reverterem ao patrimônio da União, mas poderá haver permissão de uso para as OS que recebam autorização legal especial para assumirem atividades e compromissos do ente extinto.

Esta hipótese, segundo o autor, levou os juristas a duas conclusões contraditórias. Para alguns, trata-se de um benefício revelador de que as OS não passam de entidades estatais de administração indireta, encobertas sob a forma de pessoas privadas, mas na verdade veículos expressivos do poder do Estado. Para outros, trata-se de demonstração de que essas instituições nada mais são do que uma nova forma de privatização, de dissolução do patrimônio público, em detrimento do interesse coletivo.

Vaz (1999) reforça a idéia de que as OS confundem-se com entes da administração indireta ao destacar que do ponto de vista da administração pública, a criação da figura das OS é, de uma certa forma, a repetição de outras tentativas anteriores – citando o caso das autarquias, por volta dos anos 30, depois das fundações públicas e das empresas estatais. Estabelece ainda que o objetivo prioritário desse tipo de movimento é agilizar de alguma forma, as ações governamentais.

Entretanto, Modesto (1997) argumenta que nenhuma das duas críticas é aplicável. Em contraposição ao primeiro equívoco estabelecido pelos juristas, o autor aponta que as OS não estão sujeitas à supervisão ou tutela da administração pública direta ou indireta, respondendo apenas pela execução e regular aplicação dos recursos e bens públicos vinculados ao contrato de gestão que firmarem com o Poder Público. Além disso, não são instituídas por lei nem custeadas na sua integridade pelo Estado.

Nesse sentido, destaca também que constituição jurídica das OS é decorrente da iniciativa voluntária de indivíduos, podendo ainda essas organizações ser reconhecidas ou qualificadas como tais, independentemente da extinção de qualquer ente público existente. Sendo assim, as organizações não podem ser classificadas como entidades estatais de administração indireta.

No tocante ao segundo equívoco, relativo ao entendimento das OS como formas de privatização de entidades públicas, Modesto (1997), destaca que a privatização pressupõe a transferência de domínio, isto é, o trespasse de um ente do domínio estatal para o domínio particular empresarial, uma transação de natureza econômica e uma retração do poder Público em termos de inversão de recursos e em termos quantitativos de pessoal e que no modelo das OS os pressupostos da privatização não podem ser verificados por alguns motivos.

Em primeiro lugar, quando essas organizações recebem bens públicos para gerenciamento, como uma forma de apoio, isso não implica em transferência de domínio, e sim em uma permissão de uso, continuando esses bens a fazer parte do patrimônio da União.

Ferreira Júnior (2003, p. 256) reafirma esses comentários ao alegar que

não se justifica que o modelo de gestão dos hospitais paulistas através das OSS venha a ser taxado como privatização porque, a bem da verdade, sequer foi implementada a proposta do ministro Bresser-Pereira de tornar esses hospitais instituições não-estatais. Nesse caso, o que ocorre é qualificação de entidades pelo secretário da Saúde como organizações sociais de saúde e se estabelece a possibilidade de, através de um contrato de gestão, essas entidades poderem administrar um hospital próprio do Estado. Encerrado o contrato de gestão, o hospital volta ao controle do Estado, e todos os bens adquiridos durante o período de contratação são incorporados ao hospital como patrimônio do Estado.

Os contratos de gestão, por sua vez, não têm finalidade ou natureza econômica, convergindo para um fim social, cuja realização não pode objetivar o lucro. Finalmente, a qualificação de entidades como OS não caracteriza retração financeira ou patrimonial por parte do Estado, visto que demandam do Poder Público apoio e subvenções para consecução de seus objetivos. Assim, esse modelo, segundo Modesto (1997), pode ser entendido como oposto ao modelo das privatizações, pois nega a aplicação da lógica do mercado às atividades de cunho social.

Críticas relativas à implantação e operacionalização do modelo

Um dos principais desafios inerentes à implantação do modelo das OS consiste na superação dos riscos de cooptação existentes e na garantia de transparência na gestão. A discricionariedade dada ao poder Executivo para a qualificação da entidade como OS, em substituição a um processo licitatório, aumenta a importância de se estabelecerem mecanismos para garantir a transparência e a responsabilidade nas decisões, por meio da garantia de participação e do controle social nos conselhos administrativos dessas organizações (SEIXAS, 2003).

A legislação apresenta preocupação com a transparência no processo de contratação das OS ao estipular a obrigatoriedade de publicação das diversas etapas em Diário Oficial. Porém, segundo Sano (2003), a dispensa de licitação para a celebração de contratos com as OS qualificadas acaba por neutralizar toda transparência obtida com as medidas anteriores, pois caso existam duas ou mais entidades interessadas em firmar contrato, a lei não estabelece critérios para a seleção, ficando a escolha sujeita à vontade das autoridades.

Barreto (1999) reafirma essa fragilidade do modelo ao destacar sua aparente suscetibilidade perante grupos de interesse atuantes tanto no setor público estatal como no setor privado. No tocante à primeira hipótese, aponta a vulnerabilidade das OS em relação aos próprios detentores do poder Executivo, ao serem esses agentes autorizados a transferir recursos públicos para entidades privadas sem apoio em critérios previamente estabelecidos, o que acarreta o risco de uso político dessas organizações por parte de grupos atuantes no próprio setor público, agravado pela inexistência de controles de processo.

No tocante à segunda hipótese – relativa à utilização das OS por grupos privados para realização de seus interesses – Lopes (1997) *apud* Barreto (1999) alega que o modelo institucional pode afastar essas entidades dos objetivos essencialmente públicos. Isso porque estimula que essas organizações complementem os recursos advindos do governo via parcerias na sociedade. Na medida em que os recursos advindos do setor privado são injetados nessas entidades, abre-se uma lacuna para a ingerência dos interesses privados sobre a prestação dos serviços. Essa possibilidade pode ser agravada pela perspectiva de redução gradual dos recursos estatais, na proporção em que aumenta a participação do capital privado no financiamento das instituições.

Discorrendo ainda sobre o problema da discricionariedade do Executivo, Seixas (2003) declara a evidência de que esse poder arbitrário em processos de inovação gerencial, sem o desenvolvimento de mecanismos apropriados de prestação de contas à sociedade, pode colocar em risco os avanços alcançados pela flexibilidade gerencial. Para exemplificar esse fato, o autor cita o exemplo do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), no município de São Paulo, que se propunha ser uma alternativa de gestão ao Sistema Único de Saúde (SUS) no município, aproximando os serviços governamentais municipais da modalidade privada de produção, principalmente quanto ao gerenciamento financeiro e à gestão de recursos humanos.

O PAS baseava-se numa parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde, que fornecia os bens móveis e imóveis, enquanto as entidades privadas (cooperativas de trabalho) forneciam os recursos humanos. O financiamento era provido por fundo público nos moldes de pré-pagamento, na modalidade de capitação por habitante da área geográfica do serviço. Entretanto, ainda que estivessem previstos diversos sistemas de auditoria internos (contábil-financeiro, procedimentos médicos, prestação de serviços), pesquisas de opinião e auditorias externas, esses mecanismos não foram exercidos e o PAS encerrou suas atividades em 2000, imerso em inúmeras denúncias de corrupção (SEIXAS, 2003).

Como dito anteriormente nesse trabalho, as OS contam com autonomia para a gestão de seus recursos humanos. Isso faz com que os servidores públicos alocados à OS estejam em desigualdade de condições com os contratados diretamente pela entidade⁶ quanto aos níveis salariais, benefícios por produtividade, incorporação de benefícios à remuneração e sistema de ascensão funcional e salarial. Esses aspectos referentes ao funcionalismo público presentes na lei das OS introduzem riscos para a eficácia e a eficiência da entidade e conseqüente desestímulo aos funcionários públicos em virtude de sentimentos de injustiça e prejuízo pela desigualdade de tratamento recebido (PAZ, 2001).

Outra idéia incorporada pelo modelo das OS - a separação entre a formulação e implementação das políticas públicas pode representar um obstáculo no funcionamento dessas organizações. Essa separação imprime flexibilidade e agilidade ao sistema e permite o estabelecimento das relações contratuais. Entretanto, pode criar situações onde os

⁶ Esse contrato se dá em regime de CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas.

formuladores avaliam sem a devida experiência e conhecimento dos problemas existentes, bem como os executores desconhecem a totalidade de suas ações e critérios obedecidos. Isto limita um elemento fundamental do processo - o aprendizado organizacional, capaz de aprimorar constantemente a prática administrativa. Além disso, em algumas situações, esta separação não permite a devida responsabilização pelos fatos, limitando também a *accountability* (SEIXAS, 2003).

Uma quarta crítica relativa às OS consiste na questão da integração com a rede de assistencial, crítica esta feita particularmente às organizações ligadas à saúde, objeto de interesse dessa pesquisa. O SUS conta com uma diversidade razoável de instituições com algum grau de autonomia – autarquias, fundações, hospitais filantrópicos, organizações sociais de interesse público (OSCIP), além dos serviços próprios – e deve ser gerido de forma pactuada entre os três níveis de gestão (SEIXAS, 2003).

Neste sentido, a implantação das OS na área de saúde, segundo Seixas (2003), pode contribuir para fragmentar ainda mais o modelo de atenção à saúde. Principalmente se não forem estruturados mecanismos claros de integração destas organizações com o restante do sistema. Carneiro Júnior (2002) reforça essa preocupação. Referindo-se à implantação das OS de saúde em São Paulo, aponta para as diferenças de desempenho dessas organizações em situações onde havia maior acompanhamento da comunidade e maior integração entre os gestores municipal e estadual de saúde, em contraposição a outra situação onde estas presenças não eram tão estruturadas.

A avaliação de desempenho - característica marcante do modelo das OS, traz problemas ainda não resolvidos para grande parte das atividades sociais. A maioria das atividades dessa natureza não permite uma avaliação direta e objetiva de resultados. Como essas instituições atuam em sistemas abertos e complexos, a obtenção de determinado resultado pode inclusive gerar mecanismos de compensação que venham a ser mais prejudiciais em termos de resultados finais globais. Dessa forma, a adoção de uma avaliação mais subjetiva – ou pelo menos negociada, na medida em que represente a visão de diferentes atores, pode ser mais adequada para o efetivo acompanhamento das atividades (SEIXAS, 2003).

Para o caso dos hospitais, a avaliação de desempenho é especialmente complexa (CHERCHIGLIA; DALLARI, 1999). Segundo Seixas (2003), quantificar volumes

assistenciais realizados e estabelecer parâmetros de custos hospitalares podem consistir em tarefas relativamente simples. Entretanto, o volume de atendimento realizado não está diretamente relacionado à necessidade decorrente da realidade epidemiológica ou da demanda real que se apresenta para a instituição ou mesmo para o governo. Nesse sentido, este referencial representa apenas o desempenho do hospital frente às possibilidades oferecidas por sua estrutura interna, o que torna difícil a avaliação de resultados sociais mais amplos. A problemática da avaliação de desempenho no setor público e em instituições hospitalares será vista no capítulo referente aos contratos de gestão.

3.4 As Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo

Conforme destacado anteriormente, a criação e implantação das OS foi regulamentada pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Vários estados da União também implantaram modelos de OS, seguindo o exemplo da experiência federal. No estado de São Paulo, as OS foram regulamentadas por meio da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998. Assim como as OS federais, as OS estaduais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, de constituição e gerência regidas pelo contrato de gestão, cujas atividades, entretanto, são dirigidas à saúde e à cultura (SÃO PAULO, 1998).

Ainda que a legislação estadual preveja a publicização de atividades ligadas às áreas da saúde e da cultura, até o presente momento, existem em São Paulo apenas organizações sociais de saúde (OSS). Além disso, o estado é a região onde existem mais OS qualificadas, seguido pela União, sendo que a área de concentração dessas instituições é a da saúde (SANO, 2003).

3.4.1 Breve histórico da implantação do modelo no estado de São Paulo

A partir da publicação da Lei Complementar que regulamentou as OS, o poder Executivo do estado de São Paulo, por intermédio da SESSP, repassou o gerenciamento de alguns hospitais gerais em fase de conclusão de obras a entes privados sem fins lucrativos, caracterizados como OS. Esses hospitais eram unidades previstas no Programa Metropolitano de Saúde (PMS), mediante convênio assinado em 1983 com o Banco Mundial (CARNEIRO JÚNIOR, 2002).

O PMS foi criado em 1983 pelo Decreto Estadual nº 21.862, no contexto do movimento da reforma sanitária, que estabeleceu os princípios que posteriormente culminaram com a criação do SUS, pela Constituição Federal de 1988. Esse programa era norteado por diretrizes de universalização da atenção à saúde, equidade no atendimento, integralidade da atenção,

descentralização da tomada de decisões em relação à execução dos serviços e participação dos usuários e profissionais de saúde na formulação e controle das políticas de saúde (FERREIRA JÚNIOR, 2003).

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

A implementação desse programa implicava, além da construção de novas unidades de saúde, reformas de unidades já existentes, além de treinamento de recursos humanos. Para tanto, foi necessária a captação de recursos junto à Caixa Econômica Federal e ao Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). A construção de vários hospitais foi iniciada, mas a maior parte das obras foi paralisada pelos dois governos que sucederam o então governador, Franco Montoro. Restaram 14 hospitais a serem terminados (FERREIRA JÚNIOR, 2003).

Em conjunto, esses hospitais em fase de obras representam 3.500 novos leitos no estado, com maior concentração na região metropolitana, em áreas com baixa oferta de serviços, constituindo, portanto, uma transformação importante na estrutura de prestação de serviços das regiões assistidas (SEIXAS, 2003).

O principal problema do governo estadual estava em viabilizar a contratação do contingente de pessoal necessário à implantação e ao funcionamento dos novos hospitais, uma vez que isso implicaria um incremento de mais de 15 mil funcionários públicos, elevando o percentual de gastos com folha de pagamento do Estado a um nível superior ao permitido pela Lei Complementar nº 82, de 27 de março de 1995 – Lei Camata (que disciplina os limites das despesas com o funcionalismo público, e posteriormente pela Lei Complementar nº 96, de 31 de maio de 1999, conhecida como Lei Camata 2). Assim, com a transferência da gerência desses hospitais para as OSS, a restrição legal não era mais aplicável (FERREIRA JÚNIOR, 2003).

A proposta de lei inicial sofreu algumas modificações, e uma das principais emendas feitas ao projeto foi a garantia de atendimento exclusivo aos pacientes do SUS. Assim, as primeiras entidades foram qualificadas como OS ainda em junho de do mesmo ano: a Associação Congregação de Santa Catarina e a Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina. Os hospitais gerenciados por OS no estado, o número de leitos de cada um e as respectivas datas de início de atividades estão elencados no Quadro 4.

Quadro 4 - Hospitais gerenciados por meio de contrato de gestão no estado de São Paulo

Hospital	OSS	Nº Leitos	Início das atividades
Itaim Paulista	Casa de Saúde Santa Marcelina	268	5/8/1998
Pirajussara	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – Escola Paulista de Medicina	350	27/4/1999
Guarulhos	Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	333	14/4/2000
Carapicuíba	Associação Sanatorinhos	268	22/3/1999
Itaquaquecetuba	Casa de Saúde Santa Marcelina	268	24/3/2000
Diadema	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – Escola Paulista de Medicina	323	26/10/2000
Grajaú	Organização Santamarense de Educação e Cultura (OSEC) - Universidade de Santo Amaro	251	11/1/1999
Pedreira	Hospital Santa Catarina	253	16/12/1998
Itapeirica da Serra	Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário de São Paulo (Seconci – SP)	197	4/3/1999
Itapevi	Associação Sanatorinhos	207	20/9/2000
Santo André	Fundação ABC	227	20/11/2001
Vila Alpina	Serviço Social da Indústria da Construção e do Mobiliário de São Paulo (Seconci – SP)	183	11/12/2001
Francisco Morato	Organização Santamarense de Educação e Cultura (OSEC) - Universidade de Santo Amaro	99	02/02/2004

FONTE: CCSS/SESSP, 2004.

Até setembro de 2004, três entidades adicionais firmaram contratos de gestão com a SESSP – A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), para gerenciamento do hospital Sumaré, a Universidade Estadual Paulista (UNESP), para gestão do hospital de Bauru, e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que ficou responsável pelo hospital de Sapopemba. Entretanto, essas parcerias não foram aqui consideradas visto que, via de regra, não caracterizam o modelo das OSS.

3.4.2 As organizações sociais do estado de São Paulo e as organizações sociais federais

Como visto anteriormente, o modelo de parceria firmado entre o Executivo e a sociedade civil no estado de São Paulo seguiu o exemplo da experiência federal. Assim como a legislação federal, a Lei Complementar nº 846/98 prevê uma série de exigências para que as entidades sem fins lucrativos constituídas como fundações, associações e sociedades civis possam ser qualificadas como OS. Entretanto, algumas particularidades do modelo estadual podem ser destacadas.

As principais diferenças entre os modelos implantados nas esferas federal e estadual estão elucidadas no Quadro 5. Percebe-se pela observação do quadro que o enfoque foi dado ao caso das instituições ligadas à área da saúde. Isso se justifica por dois motivos - essas organizações são o objeto do presente estudo e constituem o único modelo implantado no estado até o momento.

Quadro 5 - Comparação entre as OS do estado de São Paulo e as federais

	Dimensão Comparativa	Âmbito Federal	Âmbito Estadual
Qualificação	Áreas de atuação previstas na legislação	Ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.	Saúde e cultura. Até o momento nenhuma OS foi qualificada para a área de cultura.
	Exigência de experiência prévia na área	A legislação não dispõe sobre esse item.	Exigência de atuação comprovada com serviços próprios há mais de cinco anos (para as que atuarem na área de saúde)
	Possibilidade de cobrança pelos serviços prestados à comunidade	A legislação não impõe barreiras à cobrança	Atendimento exclusivo aos usuários do SUS, no caso das OSS.
	Restrições adicionais quanto à qualificação	Não há.	É vedada a destinação de bens públicos que estejam ou já estiveram vinculados à prestação de serviços de saúde
	Ato de qualificação da OS	Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente e Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado*	Secretário de Estado da área correspondente e Secretário da Administração e Modernização do Serviço Público
Controle	Prestação de contas	Publicação de relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão no Diário Oficial da União	Publicação de relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão no Diário Oficial do Estado
	Controle Externo	Tribunal de Contas da União	Assembléia Legislativa, com o auxílio do Tribunal de Contas do Estado.
	Controle Interno	Poder Executivo Federal	Poder Executivo Estadual
	Execução e fiscalização do contrato de gestão	Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente e Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado.	Secretário de Estado da área correspondente e Secretário da Administração e Modernização do Serviço Público

FONTE: Da autora com base em BRASIL (1998a) e SÃO PAULO (1998).

Quadro 5- Comparação entre as OS do estado de São Paulo e as federais (continuação)

	Dimensão Comparativa	Âmbito Federal	Âmbito Estadual
Conselho de Administração	Composição	1) 20 a 40% membros representantes do Poder Público; 2) 20 a 30% de membros da sociedade civil; 3) até 10%, no caso de associação civil, de indivíduos eleitos dentre os membros ou os associados; 4) de 10 a 30% de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho; e 5) até 10% de membros indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo estatuto da entidade.	1) até 55% no caso de associação civil de indivíduos eleitos dentre membros ou os associados; 2) 35% de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho; e 3) 10% de membros eleitos pelos empregados da entidade.
	Restrições adicionais quanto à composição	Não há.	1) Membros indicados ou eleitos para compor o Conselho não podem ser parentes consanguíneos ou afins até o 3º grau do Governador, Vice-Governador e Secretário de Estado; 2) Aos conselheiros, administradores e dirigentes de OSS é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no SUS.
Quadro de funcionários	Composição	Mista - quadro formado por funcionários públicos e celetistas.	Para o caso das OSS, quadro formado somente por empregados celetistas (contratados diretamente).

FONTE: Da autora com base em BRASIL (1998a) e SÃO PAULO (1998).

A análise do Quadro 5 revela algumas distinções importantes do modelo implantado no estado de São Paulo. Em primeiro lugar, destaca-se que, se de um lado, as OS da área federal podem passar a administrar instituições já existentes e em atividade, por outro lado às organizações da área estadual de saúde se destinam apenas entidades que ainda não entraram em atividade (MENOTTI; ANDREOTTI; MAINARDI, 1999).

Outra característica importante observada é que as organizações da esfera estadual devem comprovar experiência com serviços próprios de saúde há mais de cinco anos. Além disso, é vedada a essas instituições a cobrança pela prestação de serviços à população, visto que a

legislação prevê atendimento exclusivo aos pacientes do SUS. Ficou da mesma forma estabelecido que o convênio celebrado com a entidade qualificada como OSS deve respeitar as especificidades do SUS. Do mesmo modo, o quadro de funcionários da entidade estadual é composto apenas de membros contratados diretamente pela OSS. Entretanto, existe a possibilidade de afastamento do quadro público para a OS, com encargos recaindo sobre o poder público, sendo que o mesmo critério é estabelecido na área federal.

3.4.3 A questão do controle nas OSS do estado de São Paulo

As OSS paulistas estão sujeitas a quatro formas de controle – parlamentar, de procedimentos, de resultados e social ou popular. A cada modalidade de controle exercida, correspondem determinados órgãos fiscalizadores, conforme pode ser percebido no quadro 6.

Quadro 6 - Órgãos fiscalizadores e tipo de responsabilização nas OSS paulistas

Órgão fiscalizador	Tipo de responsabilização			
	Parlamentar	Procedimento	Resultado	Social
Comissão de avaliação			X	
Coord. Contratação de Serviços de Saúde		X	X	
Grupo de Trabalho Especial		X	X	
Assembléia Legislativa	X			
Tribunal de Contas do Estado		X		
Usuários				X

FONTE: SANO, 2003, p. 116.

Controle parlamentar e de procedimentos

O envolvimento da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP) no processo de concepção e implantação das OSS paulistas iniciou-se com as discussões realizadas em torno do projeto de Lei Complementar 3/98, que sofreu várias críticas e reformulações. Esse debate resultou, entre outras coisas, na inclusão de membros da ALESP e do Conselho Estadual de

Saúde na Comissão de Avaliação - órgão responsável pela análise dos resultados obtidos pelas OSS e elaboração de relatórios conclusivos ao órgão supervisor, nesse caso a SESSP (SANO, 2003).

O Tribunal de Contas do estado de São Paulo (TCE/SP), por sua vez, ao analisar a documentação enviada pela SESSP, auxilia a Assembléia Legislativa no controle das OSS. Além das atividades de auditoria nas contas públicas, o TCE/SP passou a realizar, conforme apontado por Sano (2003), visitas aos hospitais dirigidos por OS, durante as quais são realizadas auditorias nos procedimentos administrativos.

É interessante destacar que a participação do TCE/SP nesse processo caracteriza um controle de natureza contábil-financeira, e que não há diferenças desse procedimento em relação ao que se pratica com as demais instituições que utilizam recursos públicos. Ao tribunal cabe a regulamentação dos assuntos pertinentes às OSS no uso de bens públicos (CARNEIRO JÚNIOR, 2002). Juntos a ALESP e o TCE/SP exercem o controle externo da OSS. Além disso, mantém um relacionamento direto com o Poder Executivo, responsável pelo controle interno do cumprimento do contrato de gestão (SÃO PAULO, 1998).

Controle social

Além dos mecanismos de controle citados anteriormente, a Lei Complementar nº 846/98 estabelece que cada OSS tenha um conselho de administração com participação de membros externos às entidades, visando ao controle público. Entretanto, Sano (2003), em seu estudo sobre a questão da *accountability* nas OSS paulistas, alega que o controle social descrito no PDRAE, caracterizado pela participação da sociedade na definição das metas e indicadores para cada OS, seja por meio do conselho de administração ou dos representantes do Conselho Estadual da Saúde, ainda não é uma realidade.

A dificuldade existente em operacionalizar o controle público nas OSS é relatada também no trabalho de Carneiro Júnior (2002). Ao analisar as possibilidades e os limites dessas instituições como instrumentos de regulamentação do Estado para o setor saúde, da perspectiva de incremento do controle público e da eficácia social dos serviços, o autor assinalou a não existência de equidade no acesso aos serviços e a não participação da população na formulação das ações de saúde.

Finalmente, destaca-se que o controle por parte da sociedade ocorre por meio da participação de representantes de entidades na Comissão de Avaliação e também no Conselho de Administração das OS. A participação de cidadãos que não façam parte de nenhuma entidade não está prevista na legislação (SANO, 2003).

Controle de resultados

O controle de resultados é o principal mecanismo de responsabilização nas OS. Nesse sentido, e tendo em vista os objetivos propostos no presente trabalho, ele será abordado em maiores detalhes. No contrato de gestão constam as metas que devem ser atingidas por cada hospital gerido por uma OS. Para avaliar a performance de cada organização, a Comissão de Avaliação realiza uma análise das atividades desenvolvidas pela instituição. Esta análise deve recair exclusivamente sobre a performance atingida, configurando o controle por resultados (SANO, 2003).

Para que o controle de resultados pudesse ser realizado de forma uniforme, a SESSP, por meio da Resolução SS-157, de 12 de novembro de 1999, estabeleceu procedimentos a serem observados relativamente à elaboração de prestações de contas dos recursos repassados às OSS, em decorrência dos contratos de gestão firmados. Nessa resolução, a secretaria fixa formulários onde serão relacionados os dados sobre as despesas efetuadas com pessoal, material de consumo, serviços de terceiros, obras e instalações, e equipamentos e material permanente. Paralelamente, as OSS devem apresentar o balancete financeiro, consolidando as movimentações efetuadas e, permitindo o relacionamento entre as despesas e receitas, oriundas da secretaria ou de outras fontes, bem como as financeiras (MENOTTI; ANDREOTTI; MAINARDI, 1999).

O acompanhamento da execução dos contratos de gestão é de responsabilidade da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde (CCSS), órgão subordinado à SESSP. O pagamento da parte variável dos recursos orçamentários às OSS é condicionado à análise realizada pela coordenadoria. Esses dados subsidiam também a decisão do governador relativa à manutenção ou não da qualificação da entidade. Esse controle é auxiliado pela obrigatoriedade de elaboração de documentação específica, relativa ao cumprimento das metas contratadas.

Essa documentação específica inclui o 1) Relatório de Execução - documento preparado pela OS, relativamente à realização do contrato de gestão, no qual consta um comparativo das metas pactuadas com os resultados alcançados; o 2) Relatório Financeiro, referente às entradas e utilização de recursos; e os 3) Relatórios de Atividades e de Desempenho, de responsabilidade da Comissão de Avaliação. O Relatório de Atividades deve discriminar as atividades realizadas pela OSS, no que se assemelha ao Relatório de Execução preparado pela própria entidade e ser encaminhado à Assembléia Legislativa. O Relatório de Desempenho contém um parecer conclusivo sobre as atividades da OS e, juntamente com o de Relatório de Execução, deve ser encaminhado ao Secretário de Estado da Saúde (SANO, 2003).

Sano (2003) propõe duas subdivisões do controle de resultados: a) controle das atividades hospitalares - que compreende o acompanhamento das metas previstas em relação aos atendimentos hospitalar, ambulatorial e de urgência e a realização de diagnósticos por parte das instituições e b) o controle financeiro - consistindo no repasse de recursos em função do cumprimento dos objetivos estabelecidos. Esses dois tipos de controle de resultados serão descritos no próximo capítulo, visto que consistem em partes centrais do contrato de gestão.

3.4.4 A lógica de financiamento nas OSS

A forma de financiamento das OSS, baseada em um orçamento vinculado a metas e indicadores de acompanhamento dos resultados da assistência hospitalar é o que mais sobressai nessa modalidade de gestão e se diferencia da lógica atual de financiamento dos demais prestadores de serviços do SUS, sejam eles próprios, universitários ou privados contratados. As OSS têm um orçamento global acertado com a SESSP, cujos repasses são mensais, passíveis de negociação de acréscimo mediante comprovação de déficit. Essa forma de financiamento é elogiada tanto pelas OSS como pelo próprio gestor estadual, uma vez que, associada à autonomia gerencial no uso desses recursos - que distingue sobremaneira as OSS dos hospitais estatais, pode-se cumprir as metas estabelecidas com efetiva garantia de custeio (CARNEIRO JÚNIOR, 2002).

Além disso, essa forma de financiamento permite imprimir outra lógica ao atendimento prestado - a possibilidade de se trabalhar com planejamento na organização das ações de

saúde em face da demanda e não da oferta de serviços, como é característica hegemônica do sistema de saúde brasileiro, que privilegia procedimentos de mais alta complexidade tecnológica, portanto de maior remuneração, sem favorecer a equidade no acesso aos serviços de saúde (CARNEIRO JÚNIOR, 2002).

Nesse sentido, o provedor de serviços passa a trabalhar na perspectiva da realização dos serviços que tragam a melhor resolubilidade do sistema, e não mais na lógica da melhor remuneração da tabela de procedimentos (FERREIRA JÚNIOR, 2003). Mais detalhes sobre a forma de repasse dos recursos financeiros às OSS serão vistos no próximo capítulo, relativo aos contratos de gestão.

Utilizando as palavras de Carneiro Júnior (2002), pode-se dizer que a criação do modelo das OS ampliou as possibilidades de oferta de serviços públicos. Além disso, esse modelo, ressaltou as expectativas de melhoria de eficiência e qualidade dos serviços prestados. Entretanto, foi necessária a criação de um novo aparato capaz de acompanhar a evolução das organizações qualificadas como OS.

Adicionalmente, o autor afirma que o Estado continua sendo o principal prestador de serviços públicos de saúde em São Paulo, o que contradiz as principais idéias da reforma. Na prática, observa-se que a assistência à população é prestada por meio do terceiro setor, ou, como preferem alguns autores da área, do setor público não-estatal. Entretanto, o Estado é o responsável pelo financiamento e controle desses prestadores. O que mudou nesse caso, foi a forma de financiamento adotada e o controle exercido, que deixou de ser predominantemente de processos e passou a ser baseado em metas acordadas.

Essa desconcentração de serviços para a esfera pública não-estatal possibilita a ampliação de serviços à margem das regulamentações impostas pelo ajuste fiscal. No tocante aos recursos humanos, os ajustes efetuados reduzem os gastos e o custeio com recursos próprios, como modalidade para a redução do aparelho estatal, tendo na lei de responsabilidade fiscal uma de suas principais estratégias (CARNEIRO JÚNIOR, 2002).

3.5 O Contrato de Gestão

O conceito de avaliação de resultados consiste num dos principais pilares do movimento de reforma do setor público. Conforme visto anteriormente, isso é exercido por meio de um instrumento gerencial, acordado entre o Poder Executivo e as OS, denominado contrato de gestão. Assim, este capítulo tem por finalidade apresentar o contrato de gestão, especialmente no âmbito das OS, discorrendo sobre os indicadores utilizados para acompanhamento das instituições hospitalares sob a gerência das OSS e observar, de forma breve, os principais entraves da avaliação de desempenho nas instituições públicas e hospitalares.

O contrato de gestão é um instrumento inspirado na administração por objetivos (ANDRÉ, 1993). Surgido na França no final da década de 60, tinha por finalidade melhorar a situação das empresas estatais francesas, que se encontravam em dificuldades decorrentes do excesso de formalidades e controles exercidos por parte do poder central. Esse mecanismo pretendia deslocar o setor público dos controles meramente normativos para o controle de fins ou de objetivos a atingir. Dessa forma, os controles de meios assumiriam a função de viabilizar os objetivos (VENTURA; IGARASI; LIMA, 1998).

Além da França, que conta com a mais ampla experiência na aplicação dos contratos de gestão, a utilização desse instrumento se ampliou para outros países, como Grã-Bretanha, Argentina, México, China e alguns países da África, com a finalidade de viabilizar a manutenção da presença do Estado na economia ou, então, fortalecer a oferta de serviços públicos ao setor privado, por meio de parcerias público-privado (OLAK, 2000).

O contrato de gestão consiste num instrumento de compromisso administrativo interno ao Estado, firmado entre o poder executivo e a diretoria de instituições de direito público e empresas estatais (ANDRÉ, 1999). Entendido de outra maneira, compreende o estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e o central acerca dos objetivos para um dado período de gestão, com o intuito de induzir à participação maior e à co-responsabilização na operacionalização das referidas metas. Em contrapartida, a administração central concede à local maior autonomia gerencial,

liberando-a do controle dos meios, que passa a ser realizado sobre os resultados alcançados (ANDRÉ, 1993; LIMA, 1996).

Ainda, de acordo com Trebilcock (1995), o termo contrato de gestão, ou contrato de desempenho, pode ser utilizado em duas situações. A primeira ocorre quando uma organização privada é contratada para executar um serviço público, fazendo uso de bens de capital de propriedade do Estado. Nesse sentido, o contrato deve assegurar o interesse público, incluindo a conservação dos bens.

Segundo o autor, estes contratos podem ainda ser estabelecidos entre ministérios e entidades governamentais, concedendo-lhes certa autonomia para utilização dos recursos. Assim, esse instrumento pode ter resultados diversos em relação à contraparte envolvida no processo. Para o caso de um prestador privado, ele restringe a autonomia desta organização frente às exigências de preservação do interesse e da propriedade pública. No caso de um prestador público, ele age como um mecanismo de ampliação desta autonomia, ao definir mecanismos de repasse de recursos preferenciais ou incentivos relacionados a desempenho que possibilitem, por exemplo, o acesso a recursos de investimento.

No Brasil, o contrato de gestão foi introduzido por meio do decreto de nº 137, de maio de 1991, que incorporou esse instrumento aos mecanismos estabelecidos pelo Programa de Gestão de Empresas Estatais, prevendo a concessão de autonomia gerencial para eliminação de controles burocráticos. Esse programa pretendia promover a modernização, eficiência e competitividade dessas empresas (VENTURA; IGARASI; LIMA, 1998).

Embora as primeiras experiências - tanto francesas quanto brasileiras com os contratos de gestão tenham sido de acordos entre o governo e empresas estatais, esses contratos se estenderam para outros âmbitos. A partir de 1995, sua aplicabilidade foi ampliada pelo projeto de reforma do aparelho do Estado no Brasil também a instituições de direito privado. Nesse contexto, o contrato de gestão viabilizou a implantação da chamada nova administração pública, regulando a relação entre o Estado e duas formas distintas de organização não empresariais - as agências executivas, que exercem atividades de competência exclusiva de Estado, como as de regulamentação, controle, fiscalização e fomento, e as OS. (ANDRÉ, 1999).

Assim, diante dessa breve introdução feita aos contratos de gestão, pode-se perceber que sua utilização não está restrita à relação estabelecida entre as OS e o Estado, muito pelo contrário. Os contratos de gestão consistem em mecanismos de relacionamento muito mais abrangentes, para a definição das co-responsabilidades negociadas entre o Estado e outros agentes, sejam eles pertencentes ou não ao aparelho estatal (SEIXAS, 2003).

Entretanto, tendo em vista o objetivo desse estudo, que consiste em avaliar o desempenho das OSS paulistas comparativamente à modalidade estatal com base em critérios estabelecidos no contrato de gestão, serão enfocadas somente as especificidades desse instrumento enquanto mecanismo de regulação entre o Executivo e a nova modalidade de gestão dos serviços públicos de saúde criada a partir da reforma do Estado brasileiro de 1995. Antes, contudo, considerando a pertinência do tema para a presente discussão, serão traçadas algumas considerações, ainda que superficiais, sobre a questão da avaliação por resultados na administração pública e nas organizações hospitalares.

3.5.1 Considerações sobre a medição de desempenho na administração pública e nas organizações hospitalares

O principal objetivo da medição de desempenho consiste em avaliar se uma organização está no caminho para atingir as metas estrategicamente estabelecidas. Embora os benefícios da utilização dessa ferramenta sejam apontados, alguns problemas críticos relativos à avaliação de desempenho aplicada à gestão pública podem ser identificados. O controle de resultados é particularmente problemático no setor público, onde muitos programas têm objetivos múltiplos e inter-relacionados com ações de outras áreas (KETTLE, 2001).

Mintzberg (1996) manifesta opinião contrária ao uso desse instrumento na gestão pública, destacando que a relação entre empresa e cliente é distinta da relação entre governo e cidadão. Assim, a excessiva ênfase no Estado empresarial pode deixar de reconhecer direitos que transcendem ao consumo. Por outro lado, as atividades desenvolvidas pelo Estado frequentemente não podem ser separadas entre si, definindo-se uma única autoridade direta

pelo seu desenvolvimento, bem como grande parte dos serviços públicos não pode ser avaliada por meio de mensurações objetivas.

A despeito das opiniões contrárias ou a favor da utilização dessa ferramenta na administração pública, um conjunto de desafios relativos à sua aplicação, segundo Kettl (2001), pode ser identificado. O primeiro deles consiste no estabelecimento do objeto da avaliação –que pode ser o resultado alcançado ou a produção obtida. Os resultados são a parte fundamental da avaliação de desempenho, pois é necessário saber se determinada política pública funciona ou não. Entretanto, é extremamente difícil ao gestor público isolar os resultados da ação de certa agência pública. Além disso, quando o que está em questão são resultados globais, a responsabilização individualizada pelo não cumprimento de metas pode ser impossível.

Assim, o começo de um sistema de avaliação de desempenho pode ser a aferição da produção. Entretanto, o autor aponta que as avaliações de desempenho precisam ocorrer nos dois planos diferentes: no da produção, para poder modelar o comportamento dos administradores e gestores, e no dos resultados, para que possam ser elaboradas políticas consistentes.

A segunda crítica feita à aplicação dessa ferramenta à administração pública, de acordo com o autor, é relativa à escolha do nível da administração a ser avaliado. A agência pública pode ser naturalmente o ponto de ênfase, entretanto, na prática, existem quatro diferentes níveis a serem enfocados: a agência, o programa público, o grupo de trabalho e o indivíduo. Além disso, a incerteza e a dificuldade inerentes a todo e qualquer tipo de planejamento protegem os administradores públicos de uma investigação mais detalhada sobre o alcance de metas traçadas.

Deste modo, são comuns o estabelecimento de objetivos vagos, a dificuldade na definição dos resultados e a responsabilização individual. Comuns são também a super-estimação das metas a serem alcançadas, o que inviabiliza o processo de avaliação de desempenho; ou a sub-estimação das metas ou estabelecimento de critérios muito particulares de avaliação e indecifráveis aos observadores externos.

Além disso, destaca-se que normalmente, o objetivo das avaliações de desempenho é fazer com que se entenda melhor a conexão entre investimentos (orçamento) e resultados. Portanto, pode-se prever que as informações relativas à avaliação refluem e venham a pesar na alocação

dos recursos públicos (KETTL, 2001). Nesse sentido, um risco particularmente perigoso na avaliação de desempenho no setor público é o de que os estímulos às organizações que apresentem melhor desempenho levem à cristalização das desigualdades na qualidade da prestação de serviços (PENTEADO FILHO, 1998).

Isso pode ocorrer porque as organizações melhor sucedidas podem passar a receber mais recursos, apresentando desta forma, cada vez mais, um melhor desempenho. Como é provável que organizações com melhor desempenho estejam localizadas nas regiões e áreas mais ricas, o uso dessa política pode acarretar um aumento das desigualdades regionais e sociais (PENTEADO FILHO, 1998).

Se a avaliação de desempenho encontra dificuldades no setor público, essas dificuldades são amplificadas quando se tratam de organizações de saúde, especialmente as hospitalares. Essas organizações apresentam algumas especificidades advindas das características de seu processo de trabalho e do ambiente em que se inserem que lhes conferem a condição de serem consideradas as mais complexas do mundo organizacional (LIMA, 1996).

Segundo Lima (1996), o principal mecanismo de coordenação do trabalho utilizado nas organizações hospitalares é a hierarquia, que se expressa na relação de mando superior/subordinado e nos vários níveis hierárquicos geralmente existentes. Há pouca clareza em relação aos seus objetivos e, conseqüentemente, pouco conhecimento sobre seus produtos, inclusive porque não há uma atenção sistemática com a avaliação de desempenho. A divisão de trabalho tem como regra a departamentalização funcional, que, por sua vez, não facilita a atribuição de responsabilidades em relação aos diferentes produtos hospitalares nem tampouco a integração e coordenação das diferentes atividades hospitalares.

Adicionalmente, a autora aponta que no caso das organizações de saúde, a avaliação de seus produtos é considerada de extrema dificuldade. Na verdade, a organização hospitalar comporta múltiplos processos de trabalho, uns mais padronizáveis e outros menos, que combinados, resultam no principal produto hospitalar - o paciente tratado. Nesse sentido, avaliar a qualidade de produtos mais difíceis de padronizar - a assistência médica - resulta em complexidade considerável, até mesmo porque a melhoria da saúde não depende exclusivamente da atenção prestada nos serviços de saúde.

3.5.2 O contrato de gestão no âmbito das organizações sociais

Na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como OS e institui a criação do Programa Nacional de Publicização, o contrato de gestão está definido como o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como OS, com vistas à formação de uma parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas de ensino, pesquisa científica e ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRASIL, 1998a).

A legislação estabelece ainda que na elaboração do contrato de gestão, que deve ser feita de comum acordo entre o órgão supervisor e a OS, devem ser observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade. Além disso, deve ser especificado o programa de trabalho proposto pela organização sócia, estipuladas as metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previstos os critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade (BRASIL, 1998a). O Quadro 7 apresenta os principais componentes de um contrato de gestão no âmbito das OS.

Quadro 7 - Componentes do contrato de gestão no âmbito das OS

Componentes	Definição
Disposições estratégicas	Objetivos da política pública à qual se refere, missão, objetivos estratégicos e metas institucionais com seus respectivos planos de ação.
Indicadores de desempenho	Forma de representação quantificável, e também de natureza qualitativa, para mensuração do atingimento das metas propostas, tendo como base um determinado padrão de excelência, adotado ou convencionado, para julgamento da adequação do nível de realização de cada meta programada, considerando o horizonte de tempo da avaliação.
Definição de meios	Recursos (orçamentários, patrimônio, pessoal etc.) níveis de autonomia, flexibilidades.
Sistemática de avaliação	Tri ou quadrimestralmente o ministério supervisor e a instituição deverão programar reuniões de acompanhamento e avaliação, para a verificação objetiva do grau de atingimento das metas, com base nos seus indicadores. Os resultados alcançados deverão ser objeto de análise, pelo ministério superior, que norteará as correções necessárias de rumo, para possibilitar a plena eficácia do instrumento. Durante esse acompanhamento, é importante a avaliação da eficácia de seus indicadores, podendo, em comum acordo com o ministério superior, alterá-los por meio de aditivos ao contrato, caso se mostrem inadequados à aferição que pretende realizar. Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados ao ministério supervisor, para parecer técnico, o qual será encaminhado ao MARE.

FONTE: MARE, 1998, p. 37-38

O contrato de gestão é composto pelos seguintes elementos: objeto, objetivo, metas, obrigações da contratada, dos ministérios supervisores e do interveniente, valor, critérios, processos e mecanismos para acompanhamento e avaliação, condições para suspensão e rescisão do contrato, vigência e renovação, mecanismos de publicidade e controle social, critérios de desqualificação e penalidades. Os componentes mínimos do contrato de gestão firmado entre o Poder Público e as OS estão ilustradas no Quadro 8:

Quadro 8 - Cláusulas mínimas do contrato de gestão

Componentes	Definição
Objeto	É a pactuação de resultados entre uma parte contratante, o poder público e outra parte contratada, seja instituição estatal ou não-estatal.
Objetivos	1) Fortalecer a supervisão e os controles ministeriais sobre os resultados das políticas públicas sob sua responsabilidade 2) Melhorar o processo de gestão da instituição contratada 3) Promover o controle social sobre os resultados esperados e dar-lhes publicidade
Metas	Enumeração das metas pactuadas (finais e intermediárias), com seus respectivos indicadores de efetividade, eficácia e eficiência.
Obrigações da contratada	Deve conter as ações que garantam o desenvolvimento institucional contínuo da entidade contratada, relativas à orientação estratégica, à capacitação de pessoas.
Obrigações dos Ministérios Supervisor e Inventariantes	Deve conter os meios necessários à execução do contrato de gestão a serem providos pelos ministérios supervisor e intervenientes, relativos a recursos (financeiros, pessoal, patrimônio etc.) e à autonomia de gestão (de pessoal, logística e orçamentário-financeira).
Valor	Deve estabelecer o valor a ser alocado durante a vigência
Acompanhamento e avaliação de resultado	Dispõe sobre a sistemática de acompanhamento definida relativamente a tipos e periodicidade dos relatórios, níveis de cumprimento das metas, auditorias e orientações para revisão e correções de metas e condições.
Suspensão	Dispõe sobre as condições para suspensão, pelo período necessário à melhor adequação ao seu objetivo, caso se verifiquem mudanças substanciais ao contexto, impossibilitando o alcance das metas.
Vigência e renovação	A vigência é de um ano, podendo ser estendida por período a ser determinado pelas partes.
Publicidade e controle social	Dispõe sobre a obrigatoriedade, pelo ministério supervisor, de publicação no Diário Oficial da União e em outros meios físicos e eletrônicos, do contrato de gestão, dos relatórios parciais e finais e dos termos aditivos.
Rescisão	Dispõe sobre as situações sob as quais o contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, relativas ao descumprimento injustificado pela instituição de compromissos firmados, ou acordados entre as partes ou, ainda, à prática de irregularidades por parte de dirigentes da instituição. A proposta de rescisão deve ser acompanhada de justificativa.
Desqualificação e penalidades	No caso de rescisão do contrato, a instituição será desqualificada por iniciativa do ministério supervisor à Presidência de República, mediante decreto, e os seus dirigentes sujeitar-se-ão, em conjunto ou isoladamente, ao afastamento da função e ou às penalidades previstas na legislação pertinente.

FONTE: MARE, 1998, p. 38-39.

3.5.3 Indicadores de desempenho utilizados e repasse de recursos nas OSS paulistas

A avaliação de resultado consiste em uma atividade complexa, conforme explicitado anteriormente, exigindo a construção de indicadores para mensurar o desempenho da ação da OS. Os indicadores de desempenho objetivam medir o grau de atingimento de um objetivo ou meta e, portanto, devem ser expressos em unidades de medida que sejam as mais significativas para aqueles que irão utilizá-los, seja para fins de avaliação ou para subsidiar a tomada de decisão com base nas informações por eles geradas (OLAK, 2000). Nesse sentido, as metas estabelecidas é que definirão a natureza dos indicadores de desempenho (MARE, 1998).

Silva (1995) estabelece quatro conjuntos de metas de desempenho para as quais devem ser elaborados indicadores. Em primeiro lugar, o autor destaca as metas de eficiência de gestão – que consistem num conjunto de indicadores construídos a partir da comparação entre os resultados e os meios empregados para obtê-los. O segundo tipo consiste nas metas de resultado econômico-financeiro, que propiciam a análise da capacidade de auto-sustentação e da dependência de financiamentos referentes à organização.

As metas de abrangência de atuação, que estão ligadas diretamente ao cumprimento da missão e aos objetivos estabelecidos, consistem na terceira forma das metas para as quais devem ser elaborados indicadores. Finalmente, o autor destaca as metas de qualidade e satisfação, que também estão ligadas ao cumprimento da missão institucional e aos objetivos estabelecidos. Esses indicadores podem ser construídos com base em atributos de qualidade inerentes ao serviço ou produto oferecido ou podem ser medidos por meio de pesquisas sobre a satisfação do usuário público. Ainda segundo Silva (1995), a análise conjunta de todas essas metas e dos indicadores permite avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação ensejada pelo acompanhamento do contrato de gestão.

A avaliação de resultados exercida nas OSS paulistas é viabilizada por meio do controle das atividades hospitalares, que compreende o acompanhamento das metas previstas em relação

aos atendimentos hospitalar (internação), ambulatorial e de urgência e a realização de diagnósticos por parte das instituições contratadas. O repasse de recursos para essas organizações está, em parte, condicionado ao cumprimento dos objetivos estabelecidos (SANO, 2003). Esses itens, que consistem em elementos essenciais do contrato de gestão, estão detalhados a seguir.

3.5.4 O controle das atividades hospitalares

Ao firmar um contrato de gestão com a SESSP, a OSS tem definidos os serviços a serem prestados à população. A atividade assistencial nas OSS divide-se, conforme visto acima, em quatro modalidades – internações (atendimento hospitalar), atendimento ambulatorial, atendimento de urgências e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), para as quais é contratado determinado volume de atendimentos (SÃO PAULO, 2001). As modalidades assistenciais estão detalhadas a seguir.

Atendimento hospitalar / internação

Segundo SÃO PAULO (2001), a assistência hospitalar abrange o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde o momento de sua admissão no hospital até a alta hospitalar pela patologia atendida. Nessa modalidade incluem-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar. A quantidade de internações realizadas é medida de acordo com o número de saídas hospitalares.

Atendimento ambulatorial

São considerados atendimentos ambulatoriais a primeira consulta realizada pelo paciente a um profissional de determinada especialidade, as consultas subsequentes (retornos) e as cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação. O número de atendimentos ambulatoriais é definido pela quantidade de consultas realizadas por especialidade (SÃO PAULO, 2001).

Atendimento de urgência

De acordo com SÃO PAULO (2001), o atendimento de urgência pode ser definido como aquele não programado, prestado pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, seja de forma espontânea ou encaminhada pelo sistema de referência. Para esse procedimento é definido no contrato de gestão o número de atendimentos necessários em bases anuais e semestrais.

Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT)

Essa última modalidade assistencial corresponde ao conjunto de exames realizados pelo hospital a pacientes externos, ou seja, àqueles encaminhados por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo da SESSP.

O repasse de recursos financeiros às OSS está condicionado às análises periódicas realizadas pela Comissão de Avaliação relativas ao cumprimento das metas acordadas no contrato de gestão. Nesse sentido, a performance da instituição é comparada com os objetivos propostos contratualmente e, com base nos dados encontrados são definidos os percentuais de repasse, as necessidades de suplementação de recursos ou de redução de metas. Essa avaliação pode ainda servir de base para a desqualificação da OSS.

Na implantação das seis primeiras OSS, o financiamento era feito por duas fontes diferentes de recursos. A primeira, oriunda do Ministério da Saúde, decorria do faturamento do SUS pelos hospitais com as internações hospitalares e os atendimentos ambulatoriais e de urgência. A segunda fonte de recursos, oriunda da SESSP, era repassada de duas maneiras. A primeira era feita de forma automática, correspondente a 50% do valor faturado contra o Ministério da Saúde. Além disso, ocorria um repasse suplementar de recursos estaduais, mediante solicitação formal da entidade gestora, pois mesmo com o incremento de 50% em relação à produção faturada contra o Ministério da Saúde, os recursos eram insuficientes para o custeio da implantação desses hospitais (FERREIRA JÚNIOR, 2003).

De acordo com Ferreira Júnior (2003), essa sistemática de financiamento foi importante naquela fase, pois permitiu a implantação dos hospitais em tempo que pode ser considerado recorde tanto para o setor público como para o privado no Brasil, ou ainda comparativamente

a qualquer caso semelhante na esfera internacional. Entretanto, a partir de 2001, a SESSP mudou a forma de repasse financeiro para os hospitais, que passaram a ter um orçamento anual predeterminado. Esse orçamento estabelecido no contrato de gestão possui duas partes:

- parte fixa, correspondente a 90% do total de recursos do orçamento, condicionada ao cumprimento das metas de produção;
- parte variável, correspondente aos 10% restantes e condicionada ao cumprimento das metas de qualidade, avaliadas pelos técnicos da SESSP por meio de indicadores previamente estabelecidos no contrato de gestão.

Além desse mecanismo de repasse, o valor total previsto em contrato pode sofrer alterações de acordo com os resultados de duas avaliações semestrais, realizadas nos meses de julho e dezembro. Caso a OSS supere as metas ou cumpra entre 85 e 100% do volume contratado, ela terá direito a 100% do orçamento estipulado. Para o cumprimento de valores situados entre 70 e 84,99% do volume acertado, ocorre uma redução de 10% no orçamento. Por fim, caso a OSS cumpra menos que 70% do volume contratado, seu orçamento sofrerá uma redução de 30%. Destaca-se também nesse processo que, quando o volume de atendimentos supera o contratual, a OSS pode solicitar uma revisão de valores para que os custos decorrentes sejam cobertos. Os 10% restantes do valor contratual são repassados nos meses de maio, agosto e novembro e o pagamento está vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade.

3.5.5 Considerações finais sobre os contratos de gestão

O contrato de gestão é um instrumento fortemente influenciado pela racionalidade, exercendo impacto, primeiramente, sobre as regras de responsabilidade (prestação de contas) e, em seguida, sobre as de governabilidade (autonomia) (LIMA, 1996). Nesse sentido, consiste em ferramenta aparentemente viável e apropriada para implementação das idéias ligadas ao movimento de reforma da administração pública – redução de controles processualísticos, ênfase em resultados e orientação à qualidade e à satisfação da clientela.

Na organização hospitalar, os contratos de gestão podem exercer diversos impactos que podem ser sentidos na autonomia dos profissionais, no ajuste dos centros de poder, na

comparação dos desempenhos de cada profissional individualmente, e com a performance do setor⁷, na necessidade de valorizar e melhorar a produtividade, na problemática das transferências de custos e de responsabilidades, na revisão das missões de cada organização no sistema, na oferta de serviços e de cuidados, na resposta à exigência de cooperação entre hospitais, na articulação entre produtividade e qualidade e, na busca de inovação. Assim, os contratos consistem em importante alavanca para a transformação (HORTALE; DUPRAT, 1999).

Entretanto, isoladamente, o contrato de gestão não é capaz de solucionar os impasses relativos à administração de instituições públicas e hospitalares. O sucesso desse instrumento reside na concessão de autonomia de gestão para execução de um programa expresso e objetivo, independentemente do tipo de instituição envolvida. Na negociação devem ser assegurados os recursos necessários ao cumprimento dos objetivos propostos e a correspondente assunção de responsabilidades por parte das instituições e de seus administradores (VENTURA; IGARASI; LIMA, 1998).

⁷ Grifo nosso.

4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA DE CAMPO

O desenvolvimento do estudo de campo foi baseado na proposição de que as organizações sociais de saúde, concebidas e implementadas a partir da reforma gerencial de 1995, orientada pela busca de eficiência, redução dos controles excessivos de processos, ênfase nos resultados e orientação ao cliente-cidadão, apresentam desempenho superior ao dos hospitais públicos, com base em critérios estabelecidos no contrato de gestão.

O objetivo deste estudo consistiu em analisar a experiência desse novo modelo de gestão dos serviços públicos de saúde no estado de São Paulo, comparativamente à modalidade estatal. Foram analisados e comparados indicadores de produtividade, qualidade técnica e práticas ligadas à satisfação da clientela, das organizações sob as duas modalidades de gestão dos serviços – a administração pública burocrática, representada pelos hospitais da administração direta e o modelo das organizações sociais, pertencente ao movimento da administração pública gerencial.

A natureza do problema a ser investigado, assim como os objetivos que orientam o trabalho, definem a escolha do método da pesquisa de campo. Dessa forma, optou-se pela realização de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo. Dentre os vários delineamentos de pesquisa, foi adotado o método do estudo de casos múltiplos. Os motivos que nortearam a escolha do método, o protocolo utilizado para orientar sua execução, as etapas do processo de pesquisa e as limitações inerentes ao delineamento escolhido estão descritos a seguir.

4.1 Natureza da pesquisa

É usual que as pesquisas sejam classificadas com base em seus objetivos gerais. Assim, é possível qualificá-las em três grandes categoriais: exploratórias, descritivas e explicativas (GIL, 2002). A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL, 2002). Na maioria dos casos, esse tipo de pesquisa envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com

peças que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, e análise de exemplos que estimulem a compreensão (SELLTIZ *et alii*, 1967). Cooper e Schindler (2003), destacam, ainda, que os estudos exploratórios são muito úteis quando a área de investigação é nova ou vaga e que diversas abordagens podem ser utilizadas nesse tipo de investigação, dentre elas, a entrevista, a análise de documentos e o estudo de caso.

A pesquisa descritiva, por sua vez, observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características. Os dados, por ocorrerem em seu *habitat* natural, precisam ser coletados e registrados ordenadamente para seu estudo propriamente dito. Esse tipo de pesquisa, em suas diversas formas, trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade. Assim, a coleta de dados aparece como uma das tarefas características da pesquisa descritiva, podendo ser viabilizada por diversos instrumentos, como a observação, a entrevista, o questionário e o formulário (CERVO; BERVIAN, 2002).

Finalmente, a pesquisa explicativa ou experimental caracteriza-se por manipular diretamente as variáveis relacionadas com o objeto de estudo. Nesse tipo de pesquisa, a manipulação das variáveis proporciona o estudo da relação entre causas e efeitos de um determinado fenômeno. Enquanto a pesquisa descritiva procura classificar, explicar e interpretar os fenômenos que ocorrem, a pesquisa explicativa pretende dizer de que modo ou porque causas o fenômeno é produzido (CERVO; BERVIAN, 2002). Gil (2002) destaca que nem sempre é possível a realização de pesquisas rigidamente explicativas em ciências sociais.

Pode-se, com base no exposto sobre as tipologias de pesquisa, classificar a pesquisa de campo realizada como parte fundamental dessa dissertação como exploratório-descritiva. A classificação como exploratória é justificada visto que o processo de concepção e implantação das organizações sociais de saúde no Estado de São Paulo é relativamente recente e existem inúmeras lacunas nesse campo do conhecimento a serem preenchidas, especialmente aquelas relativas a estudos comparativos de desempenho com outras modalidades de gestão.

A classificação como descritiva é explicada pelo fato dos dados relativos a desempenho das organizações sociais de saúde e dos hospitais públicos serão coletados junto a essas

organizações, descritos e comparados, sem que seja possível manipular as variáveis ligadas ao objetivo do estudo.

4.2 Método da pesquisa

A classificação das pesquisas em exploratórias, descritivas e explicativas, de acordo com Gil (2002), é muito útil, pois possibilita uma aproximação conceitual. Entretanto, para analisar os fatos do ponto de vista empírico, para confrontar a visão teórica com os dados da realidade, torna-se necessário traçar um modelo conceitual e operativo da pesquisa. Esse modelo, segundo o autor, recebe o nome de *design* ou delineamento da pesquisa.

O delineamento ou método expressa, em linhas gerais, o desenvolvimento da pesquisa, com ênfase nos procedimentos técnicos de coleta e análise de dados. Dessa forma, o elemento mais importante para a identificação de um delineamento, segundo Gil (2002), é o procedimento adotado para a coleta de dados. Podem ser definidos dois grandes grupos de delineamentos – os que se utilizam das fontes de papel, a saber as pesquisas bibliográfica e documental; e aqueles cujos dados são fornecidos por pessoas. Nesse último grupo estão incluídos a pesquisa experimental, a pesquisa *ex post-facto*, o levantamento e o estudo de caso.

De acordo com Yin (2001), a escolha do método a ser empregado na pesquisa é dependente de três condições, indicadas no Quadro 9.

Quadro 9 - Situações relevantes para diferentes estratégias de pesquisa

Delineamento da pesquisa	Formato da questão norteadora da pesquisa	Exigência de controle sobre eventos comportamentais	Foco em acontecimentos contemporâneos
Experimento	Como; por que	Sim	Sim
Levantamento	Quem; o que; onde; quantos, quanto	Não	Sim
Análise de arquivos	Quem; o que; onde; quantos, quanto	Não	Sim / Não
Pesquisa histórica	Como; por que	Não	Não
Estudo de caso	Como; por que	Não	Sim

FONTE: YIN, 2001, p. 24.

Conforme observado no Quadro 9, quando a pergunta de pesquisa é do tipo “como, por que”, o estudo não exige controle sobre eventos comportamentais e o foco da pesquisa é direcionado a acontecimentos contemporâneos, a melhor estratégia a ser adotada é o estudo de caso (YIN, 2001). Tendo em vista os três condicionantes do estudo de caso, pode-se defini-lo como “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p. 34).

Yin (2001) apresenta quatro situações às quais o método do estudo de caso é aplicável: 1) para explicar ligações causais nas intervenções na vida real que são muito complexas para serem abordadas pelos *surveys* ou pelas estratégias experimentais; 2) para descrever o contexto real no qual a intervenção ocorreu; 3) para fazer uma avaliação, ainda que de forma descritiva, da intervenção realizada; e finalmente, 4) para explorar aquelas situações onde as intervenções avaliadas não possuam resultados claros e específicos.

Adicionalmente, Yin (2001) assinala que uma distinção básica a ser feita ao se projetar estudos de caso é entre projetos de caso único e de casos múltiplos. Segundo o autor, o estudo de caso único é um projeto apropriado em três situações – quando o caso representa um evento decisivo para determinar se as proposições de uma teoria são corretas ou se algum outro conjunto alternativo de explicações possa ser mais relevante; quando o caso representa um evento raro ou extremo; ou quando o caso oferece uma oportunidade de observar ou analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação científica.

Por outro lado, a opção pelo estudo de casos múltiplos é interessante quando nenhuma das três condições anteriores é verificada ou ao pesquisador que deseje obter resultados semelhantes de seus casos (replicação literal) ou ainda produzir resultados contrastantes dos objetos estudados. Yin (2001) aponta também que as provas resultantes de casos múltiplos são consideradas mais convincentes e o estudo global é visto, por conseguinte, como sendo mais robusto. Entretanto, a condução de um estudo de casos múltiplos pode exigir mais tempo e recursos do que o disponível ao pesquisador.

Com base nas orientações fornecidas por Yin (2001), justifica-se a escolha do método do estudo de caso para realização da pesquisa de campo. As características do tema, em particular sua atualidade, e a escassez de estudos comparativos de desempenho no Brasil apontam a opção pelo método do caso. Além disso, o número de variáveis envolvidas na pesquisa evidencia a complexidade na coleta e análise das informações e geram a necessidade de utilização de diversas estratégias de levantamento de dados, caracterizando um estudo em profundidade das organizações em questão. A opção pelo estudo de casos múltiplos, por sua vez, é fundamentada por três fatores. Em primeiro lugar, enfatiza-se que as análises realizadas não apontaram para um caso raro ou excepcional entre as organizações em questão. Ademais, as condições nas quais o fenômeno investigado ocorre favorecem a realização de múltiplos casos, dado que todas as organizações sociais de saúde de São Paulo foram concebidas e implantadas sob o mesmo ideário.

Segundo Gil (2002), o estudo de caso apresenta uma série de vantagens, o que faz com que se torne o delineamento mais adequado em várias situações. Ressalta-se que, em virtude da flexibilidade do planejamento do estudo de caso, o pesquisador, durante o processo de coleta de dados, mantém-se atento a novas descobertas, que podem tornar-se mais relevantes para a solução do problema do que os aspectos considerados inicialmente. No estudo de caso, o pesquisador volta-se para a multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-o como um todo.

Além disso, o autor destaca que o método do caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível de ser alcançada com a utilização de outros delineamentos de pesquisa. Ressalta, ainda que a maior utilidade desse método é verificada nas pesquisas exploratórias. Somando-se a isso, Yin (2001) observa que o método do caso

oferece expressivas oportunidades para a Administração, pois possibilita o estudo de inúmeros problemas de difícil abordagem por outros métodos pela dificuldade de isolá-los de seu contexto na vida real.

4.3 Limitações do método de pesquisa

Destaca-se que o método do estudo de caso é um método das Ciências Sociais e, como outras estratégias, tem as suas vantagens e desvantagens, que devem ser ponderadas levando-se em consideração o tipo de problema e questões a serem respondidas, o controle do pesquisador sobre eventos comportamentais e o foco na atualidade (BRESSAN, 2000).

A maior preocupação com relação à utilização de estudos de caso é a falta de rigor da investigação. Outra limitação inerente a esse método refere-se à dificuldade de generalização dos resultados obtidos (YIN, 2001). Além disso, pode ocorrer uma seleção inadequada da unidade para investigação, fazendo com que os resultados da pesquisa se tornem equivocados (GIL, 2002).

Entretanto, conforme apontado por Yin (2001), vale ressaltar que os estudos de caso, da mesma forma que os experimentos, não são generalizáveis a populações ou universos, mas sim a proposições teóricas. Nesse sentido, o estudo de caso, como o experimento, não representa uma “amostragem”, e o objetivo do pesquisador nesse caso é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística).

Finalmente, destaca-se que, ainda que as pesquisas exploratórias e os estudos de caso estejam, em alguma medida, associados a antigos vieses da pesquisa qualitativa – subjetividade, não-representatividade e planejamento não-sistemático (COOPER; SHINDLER, 2003), no presente trabalho, buscou-se minimizá-los por meio da adoção das sugestões presentes na literatura específica, a saber, elaboração de teoria preliminar relacionada ao assunto e utilização de um protocolo de pesquisa (YIN, 2001).

4.4 Projeto do estudo de caso

O estudo de caso, como outros delineamentos de pesquisa, representa uma maneira de se investigar uma questão empírica seguindo-se um conjunto de procedimentos pré-especificados. Assim, após a seleção do método do estudo de caso como estratégia de investigação, o próximo passo consistiu no desenvolvimento de um plano ou um projeto de pesquisa.

De acordo com Yin (2001), para os estudos de caso, são especialmente importantes cinco componentes de um projeto de pesquisa: 1. uma questão para estudo; 2. suas proposições; se houver; 3. sua unidade de análise; 4. a lógica que une as informações às proposições; 5. o critério para interpretar os resultados. Ao definir esses cinco elementos, o autor salienta que o pesquisador dispõe de um roteiro objetivo para orientá-lo durante a condução do estudo, fornecendo-lhe a direção para a demarcação dos dados a serem coletados e para o estabelecimento das estratégias de análise, possibilitando-lhe fazer contribuições para a teoria.

4.4.1 Questão e proposição do estudo

A questão norteadora da investigação é aquela destacada anteriormente no presente estudo: os hospitais gerenciados por organizações sociais apresentam um desempenho superior, com base em critérios estabelecidos no contrato de gestão, ao dos hospitais públicos no estado de São Paulo? Tendo em vista as diretrizes da reforma do aparelho de Estado brasileiro que prioriza critérios como flexibilidade gerencial, ênfase em resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados parte-se da proposição de que o desempenho das organizações sociais pode ser superior ao dos hospitais públicos.

4.4.2 Unidade de análise

A população-alvo da qual se extraiu os casos para a análise é constituída pelas organizações sociais de saúde e pelos hospitais públicos da administração direta do estado de São Paulo. Na escolha das instituições para participação na pesquisa foram priorizados os seguintes critérios:

1. maior tempo possível de atividade do hospital gerenciado pela organização social, dado que esse modelo de gestão é relativamente recente. Esse critério buscou minimizar o efeito do período de adaptação das organizações sociais sobre os dados. Assim, a primeira seleção dos casos foi feita com base na data de início das atividades dos hospitais gerenciados pelas organizações sociais;
2. existência de hospital público compatível com a organização social escolhida para a realização do estudo comparativo, em termos de nível de complexidade, porte e a região de atuação;
3. aceitação, por parte da direção das organizações sociais e dos hospitais, como campo de pesquisa.

Destaca-se que no momento da escolha dos casos, quatro hospitais gerenciados por meio de OSS constituíam-se em hospitais-escola, a saber: os hospitais de Diadema e Pirajussara, gerenciados pela Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – Escola Paulista de Medicina, e os hospitais do Grajaú e de Francisco Morato, sob a gerência da Organização Santamarense de Educação e Cultura - Universidade de Santo Amaro. Dadas as características e peculiaridades dos hospitais-escola, que os diferenciam dos demais hospitais, essas organizações sociais foram excluídas da amostra. Além disso, os hospitais de Bauru, Sumaré e de Sapobemba, gerenciados pela UNESP, UNICAMP e pela Fundação Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas de São, respectivamente, ainda que tenham firmado contrato de gestão com o executivo, essencialmente, não constituem organizações sociais. Assim, também não foram considerados. Todos os outros hospitais foram contatados.

Os hospitais da administração direta por sua vez, foram pré-selecionados de acordo com o perfil assistencial e número de leitos, que deveriam ser próximos aos dos hospitais gerenciados pelas OS (entre 200 e 350 leitos, aproximadamente). Os hospitais contatados

foram os Hospitais Gerais de São Mateus, Vila Penteado, Guaianazes, o Hospital Kátia de Souza Rodrigues, o Hospital Brigadeiro, o Hospital Regional Sul e o Hospital Ipiranga.

Os hospitais foram acionados inicialmente por telefone, para conhecimento do gestor responsável e do procedimento a ser empregado para solicitação de autorização como campo de pesquisa. Posteriormente, foi realizado o envio de correspondência oficial às diretorias. Após um longo e exaustivo processo de contato e mesmo com a garantia de confidencialidade das instituições e dos gestores participantes, foi obtido o aceite de dois hospitais da administração direta e de apenas um gerenciado por organização social. O modelo de correspondência enviado aos hospitais encontra-se disponível no Apêndice 1.

As três instituições participantes da pesquisa consistem em hospitais gerais, secundários, com capacidade instalada entre 200 e 245 leitos, aproximadamente, situados em regiões periféricas do município de São Paulo. Os indicadores de desempenho foram considerados para o período compreendido entre os anos de 2002 e 2004. Suas identidades foram mantidas sob sigilo, assim, como a dos gestores que colaboraram com a concessão de relatórios e entrevistas. Dessa forma, eles serão identificados, a partir desse momento como hospitais AD₁ e AD₂, em alusão à administração direta, e OSS. O perfil completo das instituições encontra-se descrito no próximo capítulo, de apresentação e análise de resultados.

4.4.3 Lógica que une os dados às proposições e critério de interpretação dos resultados

Os critérios de avaliação utilizados para realização do estudo são aqueles constantes no processo de acompanhamento das organizações sociais, estabelecidos diretamente no contrato de gestão ou derivados- critérios de eficácia (avaliação do alcance dos objetivos), de eficiência (avaliação do uso dos recursos) e de satisfação da clientela. Esses indicadores foram agrupados em categorias analíticas apresentadas a seguir, no item 4.5.2. Destaca-se que os resultados obtidos da análise dos indicadores provenientes dos dois tipos de organização foram comparados entre si e com os principais pontos levantados na literatura para

identificação ou não de maior desempenho das organizações sociais em relação aos hospitais públicos.

4.5 Coleta de dados

Com o objetivo de facilitar a coleta de dados e aumentar a confiabilidade do estudo, foi elaborado um protocolo de pesquisa, que se encontra disponível no Apêndice 2. O protocolo de pesquisa, segundo Yin (2001), é um instrumento que serve para guiar o pesquisador na condução da coleta de dados. Mais que isso, o autor destaca que o protocolo contém o instrumento de coleta e também os procedimentos e as regras gerais que devem ser seguidas para utilização desse instrumento, sendo uma das principais táticas para aumentar a confiabilidade dos estudos de caso.

4.5.1 Fontes de evidências

De acordo com Yin (2001), o método do caso obtém evidências a partir de seis fontes de dados, a saber: documentos, registros de arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos. O uso dessas seis fontes requer habilidades e procedimentos metodológicos sutilmente diferentes. Além do mais, o autor recomenda o uso de várias dessas estratégias de coleta de dados e informações para que um estudo em profundidade, proposto pelo método do caso, possa ser alcançado.

Nesse estudo, foram utilizadas várias das técnicas de pesquisa apontadas por Yin (2001), a saber: a) entrevistas com os dirigentes e membros das equipes técnico-administrativas dos dois tipos de hospitais; b) documentação e registro em arquivo das instituições - contrato de gestão, relatórios de acompanhamento / execução do contrato de gestão, boletins de produção de serviços médico-hospitalares, quadro de recursos humanos, quadro de distribuição de leitos

hospitalares, demonstrativos financeiros / orçamentários, organograma, estatuto c) registros em arquivo relativos à caracterização socio-demográfica e de saúde das regiões de atuação das instituições e à legislação vigente. Cada uma das fontes de evidências utilizadas no estudo de caso está descrita em maiores detalhes, a seguir:

a) Entrevistas: Foram realizadas entrevistas com os dirigentes das instituições pesquisadas. Ao todo, foram entrevistados 15 gestores, pertencentes às três instituições. A realização das entrevistas teve por objetivo analisar a estrutura de decisões nas dimensões administrativas das instituições, traçar um perfil do serviço de saúde oferecido, reconhecendo sua complexidade e organização assistencial e identificar os mecanismos ligados à operacionalização e alcance (ou não) de objetivos de produção, produtividade, eficácia e satisfação de clientela.

Essas entrevistas contaram com um roteiro estruturado, que teve por função guiar a pesquisadora na investigação dos principais tópicos de interesse da investigação. Todas as entrevistas foram gravadas, com exceção de uma, que foi feita por e-mail, e posteriormente transcritas. O roteiro utilizado está descrito a seguir:

i) Área de abrangência da atuação do hospital: municípios e/ou regiões atendidas pela instituição

ii) Caracterização da demanda pelos serviços de saúde da região: características predominantes da população – faixa etária, nível social, nível educacional, perfil epidemiológico

iii) Caracterização da oferta de serviços de saúde da região de atuação das instituições - articulação das instituições com a rede assistencial, inserção no sistema de “referência; contra-referência”, porta(s) de entrada no serviço

iv) Perfil do hospital de acordo com o nível de atenção à saúde

v) Breve histórico da instituição como prestadora de serviços de saúde

vi) Caracterização da administração da instituição

- grau de autonomia no processo decisório e na alocação dos recursos
- relação com a mantenedora e com o poder público (SESSP, Tribunal de Contas, Assembléia Legislativa, Governo do Estado): tipos de controle ou prestação de contas existentes (procedimentos/resultados), periodicidade dos controles, dificuldades existentes na relação.

- existência de Comissões de Prontuário, de Óbitos e de Infecção Hospitalar, e Serviço de atendimento ao cliente, ou outros comitês gestores, suas composições, funções e atuação junto à instituição.
- existência de áreas funcionais da instituição terceirizadas

vii) Avaliação sobre o andamento do processo de parceria do Poder executivo com as organizações sociais de saúde até o momento: cumprimento ou descumprimento das metas acordadas com a SESSP, identificação de pontos positivos e negativos da parceria, indicação de sugestões para melhoria

viii) Mecanismos de financiamento: fontes de recursos da instituição e percentual de participação na receita total, forma de repasse dos recursos (periodicidade, elementos condicionantes), possibilidade de negociação (e existência desse processo) de aportes adicionais de recursos

ix) Gestão de recursos humanos na instituição: forma de recrutamento e seleção de pessoal, existência de planos de carreira, política salarial, aspectos positivos e negativos da gestão de pessoal

x) Indicadores e políticas de qualidade na instituição

xi) Pesquisa de satisfação da clientela: apuração de indicadores de satisfação, metodologia empregada na pesquisa

Entretanto, o roteiro não foi seguido sempre da mesma maneira. De acordo com a área de interesse para a entrevista e com as atribuições de cada um dos gestores em suas instituições, foi enfatizada uma ou outra parte do roteiro, conforme descrito no Quadro 10.

Quadro 10 - Resumo do processo de condução de entrevistas

Hospital	Gestores entrevistados	Area enfatizada na entrevista
AD ₁	Diretor	Todo o roteiro
	Diretor de Enfermagem	Todo o roteiro
	Diretor Clínico	Oferta e demanda de serviços de saúde da instituição e de sua região de abrangência, inserção da instituição no sistema de referência / contra-referência
	Diretor de Apoio Clínico	Oferta e demanda de serviços de saúde da instituição e de sua região de abrangência, inserção da instituição no sistema de referência / contra-referência
	Diretor de Recursos Humanos	Gestão de recursos humanos
	Executivo Público – Representante da Diretoria Orçamentária/financeira	Gestão do hospital, mecanismos e fontes de financiamento
	Coordenador do Serviço de Atenção ao Usuário*	Pesquisa de satisfação da clientela
AD ₂	Diretor de Apoio Clínico**	Todo o roteiro
	Diretor Clínico	Oferta e demanda de serviços de saúde da instituição e de sua região de abrangência, inserção da instituição no sistema de referência / contra-referência. Práticas e indicadores de qualidade na instituição.
	Diretor Orçamentário / Financeiro	Gestão do hospital, mecanismos e fontes de financiamento.
	Analista de recursos humanos – Representante da Diretoria de Recursos Humanos	Gestão de recursos humanos.
DSS	Diretor Executivo	Todo o roteiro
	Diretor Assistencial	Todo o roteiro
	Gerente de Recursos Humanos	Gestão de recursos humanos
	Gerente do Serviço de Atenção ao Usuário	Pesquisa de satisfação da clientela
	Analista da Qualidade	Práticas e políticas ligadas à qualidade na instituição

* Membro entrevistado por e-mail

** O Diretor de Apoio Clínico do hospital AD₂ respondia pelo Diretor Geral, no momento da coleta de dados

Destaca-se que, após a realização das visitas, surgiu, em alguns momentos, a necessidade de documentos e informações adicionais, que foram solicitados por telefone ou e-mail.

b) documentação e registro em arquivo das instituições: nesse item, foram solicitados os seguintes documentos:

- i) organograma das instituições
- ii) estatutos / regimentos internos
- iv) os contratos de gestão firmados entre as OSS e o Poder executivo
- v) relatórios de acompanhamento dos contratos de gestão
- vi) quadro de distribuição de leitos hospitalares / especialidades médicas
- vii) boletins de produção de serviços médico-hospitalares / relatórios de atividades
- viii) quadros de recursos humanos
- ix) demonstrativos financeiros/orçamentários
- x) pesquisas internas de satisfação da clientela

Esses documentos serviram de base para a caracterização dos hospitais públicos e gerenciados pelas OSS. Além disso, possibilitaram o levantamento dos indicadores presentes no contrato de gestão, como os indicadores de produção de serviços - atendimento ambulatorial, atendimento de pronto-socorro e de atendimento hospitalar, como por exemplo, número de internações, taxa média de ocupação de leitos, média de permanência dos pacientes na instituição, número de cirurgias e de partos etc., indicadores de qualidade do serviço prestado nas instituições, dentre os quais destacam-se o número de cesáreas realizadas e as taxas de infecção e de letalidade hospitalar, e de utilização de recursos - receitas e gastos.

c) Registros em arquivo das regiões de atuação das instituições: com o objetivo de situar o contexto de atuação dos hospitais estudados, foram apresentados os perfis sócio-demográficos e de saúde das regiões nas quais as instituições operam. Por meio desse procedimento foi possível compreender a demanda relativa à assistência hospitalar, que pode influenciar o cumprimento das metas indicadas no contrato de gestão, bem como minimizar os efeitos adversos da comparação de instituições diferentes. Os indicadores utilizados nesse item foram:

- população total e por faixa etária da área de abrangência dos hospitais;
- taxa de alfabetização;
- índice de desenvolvimento humano (IDH);
- coeficiente de mortalidade infantil e por causas externas;
- principais causas de mortalidade proporcional.

Esses dados foram levantados junto a órgãos como o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além disso, foram utilizados documentos relativos à legislação sobre o setor público vigente.

Destaca-se que, após a leitura dos instrumentos e fontes a serem utilizados para coleta de dados, percebe-se que as informações necessárias à realização dessa pesquisa excedem aquelas constantes nos contratos de gestão e seus respectivos relatórios de acompanhamento. É importante observar que questões ligadas a arranjos institucionais, regionais e de articulação ao sistema local de saúde não podem ser apreendidas quando se analisam os contratos de gestão isoladamente. Entretanto, essas informações foram necessárias para dar sustentação aos dados e facilitar sua interpretação.

4.5.2 Categorias analíticas

Tendo em vista que o objetivo principal do presente estudo consiste em avaliar o modelo das OSS comparativamente à modalidade de gestão estatal, tendo como base critérios estabelecidos no contrato de gestão, foram traçadas seis categorias analíticas, que são diretamente derivadas das discussões traçadas anteriormente sobre os conceitos ligados à nova gestão pública, às OSS e aos contratos de gestão. Essas categorias visam facilitar e enriquecer a interpretação dos dados. O Quadro 11 resume as categorias analíticas formuladas, as informações necessárias para delinear-las e as fontes de dados a serem utilizadas.

Quadro 11 - Categorias analíticas, significado, justificativa de inclusão, informações necessárias e instrumentos utilizados na pesquisa de campo

Categoria	Significado	Justificativa de inclusão	Informações necessárias	Instrumentos utilizados para coleta de dados
A instituição e a rede de assistência	Características da região de atuação e inserção da instituição na rede assistencial.	As características da demanda e da oferta dos serviços de saúde na região de abrangência do hospital e sua articulação com a rede assistencial podem influenciar o perfil da assistência prestada (volume, características, satisfação da clientela etc.)	<ol style="list-style-type: none"> 1) área de abrangência do hospital 2) caracterização da demanda de serviços de saúde 3) perfil assistencial do hospital 4) articulação do hospital com a rede assistencial 	<ol style="list-style-type: none"> 1) registros em arquivo sobre as regiões de atuação do hospital 2) entrevistas
Estilo de administração e autonomia administrativa	Caracterização da administração da instituição e grau de autonomia administrativa em relação aos órgãos mantenedores e ao Poder Público.	O estilo de administração adotado na instituição e seu grau de autonomia no processo decisório e alocação de recursos podem, segundo a teoria do Estado Gerencial, determinar o uso eficiente de recursos.	<ol style="list-style-type: none"> 1) caracterização da administração da instituição 2) grau de autonomia na alocação de recursos e na tomada de decisão 3) relacionamento com os órgãos mantenedores e com o Poder Público 4) mecanismos de financiamento 5) gestão de pessoal 	<ol style="list-style-type: none"> 1) organograma 2) estatutos/regimentos internos 4) legislação do setor público 5) entrevistas
Eficácia	Cumprimento das metas acordadas. Relação entre resultados obtidos e esperados.	Item constante nos contratos de gestão.	<ol style="list-style-type: none"> 1) níveis de atendimento hospitalar 2) níveis de atendimento ambulatorial 3) níveis de atendimento de urgência 2) realização de exames diagnósticos 	<ol style="list-style-type: none"> 1) contrato de gestão 2) relatórios de acompanhamento do contrato de gestão 3) relatórios de atividades 4) entrevistas

Quadro 11: Categorias analíticas, significado, justificativa de inclusão, informações necessárias e instrumentos utilizados na pesquisa de campo (continuação)

Categoria	Significado	Justificativa de inclusão	Informações necessárias	Instrumentos utilizados para coleta de dados
Eficiência e produtividade	Relação entre produtos / serviços disponibilizados à população e recursos disponíveis e/ou utilizados para tal.	Item derivado direta e indiretamente dos contratos de gestão. Manifesta a preocupação com a otimização e uso eficiente dos recursos, característica marcante do Estado Gerencial.	1) receitas e despesas 2) capacidade instalada 3) capacidade dos recursos humanos 4) Indicadores de produtividade hospitalar: a) taxa de ocupação de leitos b) índice de rotatividade de leitos c) índice de intervalo de substituição d) média de permanência e) relação equipe de enfermagem / leito f) relação enfermeiro / leito	1) demonstrativos financeiros / orçamentários 2) quadro de recursos humanos 3) quadro de distribuição de leitos, salas cirúrgicas, instalações para realização de exames, instalações para realização de consultas ambulatoriais. 4) entrevistas
Qualidade	Grau em que o produto ou serviço é adequado ao uso pelo cidadão/usuário.	Item constante nos contratos de gestão.	1) taxa de cesáreas 2) infecção hospitalar 3) letalidade hospitalar 4) média de permanência 5) práticas e programas ligados à qualidade na instituição	1) contrato de gestão 2) relatórios de atividades dos hospitais 4) entrevistas
Satisfação da clientela e atenção ao usuário	Grau de atenção e satisfação dos usuários dos serviços de saúde.	Item constante nos contratos de gestão.	1) existência de serviço de atendimento ao usuário 2) indicadores de satisfação da clientela em relação aos serviços prestados 3) método utilizado para apuração dos indicadores de satisfação	1) documentos internos relativos à satisfação do usuário 2) entrevistas

Quatro considerações importantes podem ser traçadas a partir da observação do Quadro 11. Em primeiro lugar, destaca-se que três das categorias de análise são extraídas diretamente do contrato de gestão - eficácia, qualidade e satisfação da clientela, e estão aqui incluídas em decorrência dos objetivos propostos para o estudo. Em seguida, percebe-se que a categoria intitulada “eficiência / produtividade” também é derivada, ainda que indiretamente dos contratos de gestão, visto que manifesta a preocupação com a otimização e uso eficiente dos recursos, característica marcante do Estado gerencial e supostamente incorporada ao modelo das OS.

A questão da autonomia na tomada de decisão e utilização de recursos, por sua vez, é tida como um dos principais condicionantes do melhor desempenho das instituições da “nova administração pública”. Nesse sentido, torna-se necessário investigar e comparar quais os impactos da existência ou não de autonomia no dia-a-dia organizacional. Finalmente, as características dos hospitais a serem investigados e de suas respectivas regiões de atuação podem influenciar o perfil dos serviços prestados. Assim, esses dois itens estão agrupados em uma outra categoria de análise.

4.6 Análise dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. Posteriormente, o material disponível foi analisado e utilizado de duas maneiras. Tendo em vista que as categorias analíticas “instituição e rede de assistência”, “eficácia e eficiência” “qualidade dos serviços” e “satisfação da clientela” foram compostas de uma série de evidências, especialmente, de dados provenientes do contrato gestão e dos relatórios de atividades dos hospitais, as informações pertinentes a essas categorias coletadas durante as entrevistas tiveram por finalidade suportar ou facilitar a interpretação de dados recolhidos.

Dessa forma, ainda que esse material tenha sido profundamente explorado, ele não foi sub-categorizado. Nesse material foram feitos os recortes necessários para atender os objetivos da

pesquisa, inclusive com a utilização de falas dos entrevistados em momentos oportunos durante a redação do texto.

As entrevistas e/ou os trechos de entrevistas relativos à administração da instituição como um todo, aos relacionamentos estabelecidos com mantenedores e com o poder público e à gestão de recursos humanos e financeiros, por sua vez, compuseram as principais fontes de evidência da categoria “estilo de administração e autonomia administrativa”. Assim sendo, foi necessária a decomposição do material em núcleos de significado menores e comuns às instituições, para que as informações provenientes dos dois modelos de gestão pudessem ser comparadas. Para tanto, foi empregada a técnica de “análise de conteúdo”. Para Bardin (1977, p. 42), a análise de conteúdo consiste em

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) das mensagens.

Ou ainda, de maneira mais simplificada, a técnica por ser definida como um conjunto de instrumentos de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens (BARDIN, 1977).

Dentre as diversas técnicas de análise de conteúdo, foi escolhida a análise por categoria. De acordo com Richardson *et alii* (1999), a análise por categoria baseia-se na decodificação de um texto em diversos elementos, os quais são classificados e formam agrupamentos analógicos. Entre as possibilidades de categorização foi utilizada a análise temática, que de acordo com os autores, consiste na mais utilizada e eficaz, sempre que aplicável a conteúdos manifestos, como é o caso das entrevistas realizadas nessa pesquisa.

Richardson *et alii* (1999) destacam ainda que a análise temática consiste em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o problema pesquisado, para permitir sua comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira. Segundo eles, geralmente, são escolhidos dois tipos de temas – os principais e os secundários. O primeiro define o conteúdo da parte analisada e o segundo especifica diversos aspectos incluídos no primeiro.

Assim, foram extraídos temas ou subcategorias dentro da categoria estilo de administração e autonomia administrativa, que foi subdivida em duas – gestão de recursos financeiros e de

recursos humanos. Posteriormente, cada um desses aspectos foi dividido em temas pertinentes, de acordo com as informações coletadas nas entrevistas. A sub-categorização das entrevistas encontra-se na seção de apresentação e análise dos resultados e disponível no Apêndice 3.

Os indicadores de produção, produtividade e qualidade das instituições foram analisados por meio de estatísticas descritivas (média, desvio-padrão).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente seção estão delineados os resultados obtidos e as análises realizadas. Estão descritos a seguir em categorias específicas: o perfil das instituições estudadas, as principais características da demanda por serviços de saúde na região de abrangência e sua articulação com a rede assistencial, o estilo de gestão adotado, dados relativos à produção e à qualidade dos serviços de saúde prestados e, finalmente, as práticas ligadas à satisfação da clientela e atenção ao usuário.

A identidade dos hospitais e dos gestores participantes da pesquisa foi preservada, conforme já explicado no método desse trabalho. Assim, os hospitais da administração direta são nomeados de AD₁ e AD₂ e o hospital gerenciado pela organização social de OSS. Tendo em vista que o contrato de gestão constitui elemento crucial no trabalho, entretanto, encontra-se identificado, foi disponibilizada uma minuta do contrato, bastante similar àquele acordado entre a OSS e a SESSP. A minuta do contrato de gestão encontra-se disponível no Anexo A. Sempre que possível, foram utilizados parâmetros comuns de apresentação dos dados; entretanto, frente às características particulares de cada instituição e do formato de apuração e disponibilização de dados, algumas aproximações foram necessárias.

5.1 As instituições estudadas

Nessa categoria analítica são apresentadas as instituições participantes da pesquisa e sua inserção na rede assistencial. Assim, foram apresentados dados sobre o perfil assistencial dos hospitais e características da demanda por serviços de saúde de suas regiões de abrangência. Para tanto, foram utilizadas entrevistas e informações presentes em bases de dados de domínio público.

5.1.1 Hospital da Administração Direta – AD₁

O hospital AD₁ é uma instituição pública administrada diretamente pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP). Foi planejado no âmbito do Programa Metropolitano de Saúde (PMS) juntamente com outros quatro hospitais, todos localizados na região metropolitana do município de São Paulo. Suas atividades foram iniciadas em 1991, com ativação parcial dos serviços. Progressivamente, sua capacidade de atendimento foi ampliada.

Inicialmente, foi concebido como um hospital secundário⁸. Entretanto, tendo em vista os acidentes e a violência urbana característicos da região, constatou-se a necessidade de incorporação de outras especialidades de maior complexidade. Assim, atualmente o hospital dispõe das quatro especialidades secundárias básicas, que são Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia Geral. Possui mais quatro especialidades consideradas de maior complexidade, Ortopedia, cirurgias Buco-maxilo-facial, pediátrica e plástica e atendimento a Queimados. Além disso, incorporou-se ao atendimento a medicina intensiva, não incluída na concepção original da instituição. Dessa forma, o hospital caracteriza-se por um atendimento secundário ampliado, isto é, de média complexidade.

Atualmente, estão em funcionamento no hospital as áreas assistenciais de Internação, Ambulatório de Especialidades, Serviço de Pronto-Socorro e Pronto-atendimento e Serviço de Diagnóstico Laboratorial e de Imagem. A área de internação conta com 202 leitos instalados e operacionais⁹ distribuídos entre as especialidades atendidas. O hospital AD₁ funciona, para as quatro especialidades básicas, como referência para as unidades básicas de saúde (UBS), pronto-socorro e demais unidades de saúde situadas na sua região de abrangência. Em relação

⁸ As instituições que compõem o sistema de saúde podem ser divididas de acordo com dois critérios, referentes aos serviços de saúde – o grau de incorporação de tecnologia e o grau de capacitação dos recursos humanos de nível universitário (COHN; ELIAS, 1999). Nesse sentido, o sistema pode ser pensado como uma pirâmide na qual as instituições são agrupadas pelas esferas de atendimento / níveis de complexidade envolvidos – primário (na base da pirâmide, centros / postos de saúde); secundário (esfera intermediária da pirâmide, hospitais secundários); terciário (no topo da pirâmide, hospitais especializados, de alta complexidade).

⁹ Leito instalado é o leito utilizado para internação, mesmo que eventualmente não possa ser usado, em determinado período, por motivos de qualquer natureza. Leito operacional é o leito que se encontra em utilização e passível de ser utilizado no momento do censo, mesmo que esteja desocupado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

às demais especialidades de maior complexidade, o hospital sofre invasão de outros distritos administrativos do município de São Paulo, especialmente no atendimento a vítimas de queimaduras.

O Ambulatório é referenciado¹⁰ e atende pacientes provenientes da rede básica ou ainda do próprio pronto-socorro e pronto-atendimento do hospital. A área conta com 06 consultórios e atende somente especialidades cirúrgicas - Ginecologia, Cirurgia Geral, Ortopedia e Traumatologia, Queimados, Cirurgia Plástica, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia buco-maxilo-facial.

O Serviço de Pronto-Atendimento e Pronto-Socorro consiste na principal porta de entrada no serviço. Ao contrário da internação e da assistência ambulatorial, funciona de “portas abertas”. Ou seja, a demanda do pronto-atendimento e do pronto-socorro é totalmente espontânea. A área dispõe de 06 consultórios médicos, sala de inalação, sala de medicação, sala de primeiros socorros, sala de sutura, sala de coleta de exames / material e enfermarias de observação clínica. As especialidades médicas existentes na área são Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Ortopedia e Traumatologia, Queimados e Cirurgia Plástica, Cirurgia Buco-maxilo-facial.

No tocante ao Serviço de Diagnóstico Laboratorial e de Imagem, o hospital atende às áreas de Patologia Clínica, Radiologia, Ultrassonografia, Eletrocardiograma, Hemoterapia, Endoscopia, Medicina Física e Anatomia Patológica, para as quais também atua como referência para a rede assistencial. Finalmente, o AD₁ conta com unidades de apoio dentre as quais destacam-se o Centro Cirúrgico (4 salas cirúrgicas e uma ambulatorial) e Centro Obstétrico (3 salas de parto).

Por outro lado, o hospital AD₁ depende, para casos de tratamentos ou exames diagnósticos mais complexos¹¹, de uma rede de contra-referência¹² composta principalmente dos hospitais

¹⁰ Isso implica que os pacientes atendidos na área são encaminhados, de acordo com os fluxos do sistema de saúde. Esse encaminhamento pode ser feito pela rede básica (primária) de atenção ou por outras áreas da mesma instituição.

¹¹ Como por exemplo, os de cirurgia neurológica, cirurgia vascular, oftalmologia e otorrinolaringologia e de exames como tomografia, ressonância e ecocardiograma.

¹² Como sistema de contra-referência pode ser entendido o conjunto de instituições para as quais são encaminhados os atendimentos não realizados no hospital AD₁.

de nível terciário situados na região. Também faz uso do Plantão Controlador Municipal, órgão responsável pela busca de vagas para atendimentos de urgência e emergência na cidade de São Paulo.

De acordo com a diretoria do hospital, não existe uma efetiva articulação entre os elementos do sistema de saúde – assistência primária, secundária e terciária, o que acarreta prejuízos ao atendimento prestado pela instituição. Isso pode ser comprovado pelos relatos abaixo:

(...) a nossa rede de referência e contra-referência, que nós temos aqui, ela é precária. Não em número de equipamentos, porque em número de equipamentos, a região, ela é bem servida, em unidades básicas, em unidades de ambulatorios de especialidades... Porém, está muito carente de recursos humanos e de recursos materiais (...) A principal porta de entrada do serviço é o pronto-socorro. E infelizmente, 60% dos casos que entram no pronto-socorro não são de pronto-socorro. Deveriam ser de unidade básica. [...]. Isso é uma coisa ruim porque acaba atrapalhando o serviço. Nós não estamos aqui para fazer o serviço da unidade básica. Nós deveríamos estar atendendo realmente os casos mais complexos e os casos de urgência e emergência. [Diretor de Enfermagem, AD₁].

O serviço de emergência, ele sofre por uma demanda incontrolável, de pacientes que, basicamente, deveriam estar sendo atendidos na rede básica, e que freqüentemente superlotam o pronto socorro, é uma demanda realmente incontrolável, tanto no horário de chegada... como nos dias da semana, também depende do clima, enfim... é completamente incontrolável... E a nossa equipe não varia da mesma forma... a espera também é variável. A espera pode ser maior, pode ser menor, dependendo de vários fatores. Agora, o atendimento de emergência, ele costuma ser ágil, rápido, costuma resolver o problema do paciente... que a vocação do hospital é realmente atender emergência... internação, ambulatório e emergência... [Diretor Geral, AD₁].

O AD₁ dispõe de 1.337 funcionários, sendo que 290 são médicos, 67 são enfermeiros e 441 são auxiliares de enfermagem. As áreas de vigilância, nutrição, lavanderia e manutenção são terceirizadas e mantidas por contrato. Os principais dados relativos à capacidade de atendimento do AD₁ estão resumidos no Quadro 12:

Quadro 12- Capacidade instalada e operacional de atendimento - AD₁, 2004

Área assistencial	Unidade	Quantidade ou Área atendida
Unidade de internação (leitos)	Clínica médica	34
	Clínica Cirúrgica Masculina	40
	Clínica Cirúrgica Feminina	24
	Pediatria	26
	Berçário Patológico	12
	Clínica Obstétrica	30
	Queimados	14
	Moléstias infecciosas	04
	Intensiva Adulto	08
	Intensiva Infantil	04
	Semi-intensiva	06
Unidade cirúrgica (salas)	Centro cirúrgico	04
	Centro cirúrgico ambulatorial	01
	Centro obstétrico	03
Pronto- Atendimento e Pronto-socorro (salas)	Consultório Médico	06
	Inalação	01
	Medicação	01
	Primeiros socorros	01
	Sutura	01
	Coleta de exames / material	01
	Enfermaria de observação clínica	01
Unidade de Diagnóstico (salas / seções)	Raio-X	03
	Ultra-som	01
	Eletrocardiograma	01
	Endoscopia	01
	Anatomia Patológica	02
	Laboratorial	Bioquímica, Imunologia e Hematologia.
Quadro de pessoal	Médicos	290
	Enfermeiros	67
	Auxiliares de enfermagem	441
	Quadro total próprio	1.337
Contratos terceiriza- dos	Áreas de apoio	Vigilância, Limpeza, Nutrição, Lavanderia e Manutenção.

FONTE: Da autora com dados dos relatórios de atividades e entrevistas (AD₁, 2004).

5.1.2 Hospital da Administração Direta – AD₂

O hospital AD₂ também consiste em um hospital público da administração direta do estado de São Paulo. Assim como o hospital AD₁, foi planejado no âmbito do Programa Metropolitano de Saúde (PMS) e inaugurado em 1991. Inicialmente, contava com as quatro especialidades básicas e estava dedicado ao atendimento de urgência e emergência. Posteriormente, com o aumento do volume e da complexidade dos atendimentos, foram incorporadas ao hospital as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto, infantil, neonatal e para queimados.

Atualmente, encontram-se em funcionamento no AD₂ as quatro modalidades assistenciais – internação, pronto-socorro e pronto-atendimento, ambulatório e serviços diagnósticos. A área de internação é referenciada e dispõe de 205 leitos instalados e distribuídos entre clínica médica e cirúrgica, pediatria e berçário patológico, ginecologia e obstetrícia, queimados e UTI adulto, infantil e neonatal. Há uma variação mensal do número de leitos operacionais em função, segundo um dos diretores, da capacidade da mão-de-obra:

[...] mas a gente opera aí com 160, 170; dependendo do nosso RH, porque isso é muito em função de RH, se a gente tá com médico, tá com um quadro suficiente a gente reabre mais leitos, quando não a gente é obrigado a fechar os leitos. [Diretor Orçamentário / Financeiro, AD2].

Em linhas gerais, o hospital AD₂ funciona como um hospital geral secundário, mas com atendimento de alta complexidade em algumas patologias, especialmente por funcionar como referência para o tratamento de pacientes queimados e gestação de alto risco. A referência para o tratamento a área de queimados extrapola os distritos administrativos de abrangência do hospital AD₂ e funciona para toda a região metropolitana

O ambulatório de especialidades conta com 7 consultórios instalados, funcionando como referência para a rede básica e atendendo as mais diversas especialidades. Na área de diagnósticos são realizados exames de patologia clínica, anatomia patológica, raio X, ultrassonografia, sendo que o hospital também funciona como retaguarda para a rede de assistência do SUS.

A área cirúrgica dispõe de 04 salas, além de 02 salas de parto e uma sala de cirurgia ambulatorial. Esses números, mais uma vez, referem-se à capacidade instalada da instituição. Assim, ressalta-se que, ao longo do período analisado, as salas operacionais variaram em função de variados motivos, dentre os quais incluem-se a falta de mão-de-obra e a quebra de equipamentos. A área de pronto-atendimento e pronto-socorro do hospital opera de “portas abertas”, consistindo dessa forma, na principal porta de entrada no serviço. Na área são atendidos principalmente as áreas básicas mais os casos de ortopedia.

Existem algumas áreas funcionais terceirizadas ligadas a funções de apoio – vigilância, limpeza, lavanderia, manutenção de equipamentos e nutrição. O quadro de pessoal próprio é formado de 1.527 funcionários, sendo 348 médicos, 69 enfermeiros e 422 auxiliares de enfermagem. Os principais dados do hospital AD₂ estão resumidos no Quadro 13.

Quadro 13 - Capacidade instalada de atendimento - AD₂, 2004

Área assistencial	Unidade	Quantidade ou Área atendida
Unidade de internação (leitos)	Clínica médica	40
	Cirurgia geral	42
	Pediatria	22
	Obstetrícia	36
	Ginecologia	4
	Queimados	16
	Berçário patológico	16
	UTI adulto	14
	UTI infantil	5
	UTI neonatal	5
Unidade cirúrgica (salas)	Centro cirúrgico	04
	Centro cirúrgico ambulatorial	01
	Centro obstétrico	02
Unidade de Diagnóstico (salas / seções)	Raio-X	02
	Ultra-som	01
	Anatomia Patológica	02
	Laboratorial	Bioquímica, Imunologia e Hematologia.
Quadro de pessoal próprio	Médicos	348
	Enfermeiros	69
	Auxiliares de enfermagem	422
	Quadro total próprio	1.527
Contratos terceirizados	Áreas de apoio	Vigilância, Limpeza, Nutrição, Lavanderia e Manutenção.

FONTE: Da autora com dados dos relatórios de atividades e entrevistas (AD₂, 2004).

5.1.3 Hospital gerenciado sob a forma de Organização Social de Saúde- OSS

O hospital OSS é constituído sob a forma de uma organização social. Após firmar contrato de gestão com o Executivo estadual por meio da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde (CCSS), iniciou suas atividades em 1998 com ativação do atendimento hospitalar. Posteriormente, foi inaugurado seu ambulatório de especialidades. Toda a infra-estrutura física necessária ao funcionamento da OSS, ou seja, o prédio, os equipamentos médico-hospitalares e o mobiliário pertencem ao Estado, e a gestão da entidade, a qual inclui a administração dos recursos humanos e financeiros, é de responsabilidade de sua mantenedora.

A OSS presta aos seus usuários, pacientes pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), um atendimento de nível secundário. A área de internação é referenciada e possui as quatro especialidades básicas. Além disso, o hospital conta com unidades consideradas de alta complexidade como a UTI adulto, infantil e neonatal. Oferece também serviços de ortopedia e maternidade de alto risco.

Na área de internação o hospital trabalha com cerca de 220 leitos operacionais. Segundo o Diretor Administrativo, somente 180 leitos são referenciados e cadastrados ao SUS. Entretanto, este padrão é rotineiramente extrapolado e o hospital opera com uma média de 225 leitos, podendo variar de acordo com a demanda de internação. Dados referentes à capacidade instalada da instituição não foram precisamente fornecidos, mas de acordo com o diretor, a capacidade máxima da instituição é de 245 leitos, excluindo-se dessa conta uma unidade semi-intensiva, atualmente desativada.

O ambulatório de especialidades possui 19 consultórios distribuídos entre diversas especialidades e funciona como referência para as unidades básicas de saúde da região nos casos de necessidade de atendimento especializado e de realização de exames diagnósticos. A área conta com aparelho de raio X, ultrassom, densitometria, mamógrafo, eletrocardiograma, eletroencefalograma, holter, teste ergométrico entre outros.

O hospital também atua como referenciador do ambulatório, notadamente para os casos nos quais, além da especialidade, é necessária a internação e para os exames diagnósticos mais

complexos (especialmente tomografia) e conta com aparelhos de raio X, ultrassom e tomógrafo. Anualmente, a OSS deve cumprir metas de realização de exames diagnósticos nas áreas de patologia clínica, radiologia, ultrassonografia, tomografia e medicina nuclear.

A área cirúrgica apresenta 08 salas operacionais. Nessas salas são realizadas as cirurgias eletivas marcadas no ambulatório, as emergenciais, as cesáreas e os partos instrumentais. Já os partos normais, são realizados em um setor de “parto humanizado”, para o qual são disponibilizadas duas salas que não contam como sala de parto, mas como leito operacional da instituição. Adicionalmente, existe no ambulatório uma sala de cirurgia ambulatorial.

A área de pronto-atendimento e pronto-socorro do hospital funciona de “portas abertas”. Embora exista uma qualificação dos pacientes de acordo com o grau de urgência demandado no atendimento, e os casos mais urgentes sejam priorizados, todos são atendidos. Existe, de acordo com as chefias entrevistadas, uma demanda excessiva nessa área do hospital, em parte explicada pela desarticulação e ineficiência do sistema de saúde, e que ocasiona prejuízos à qualidade no atendimento prestado e desvios na finalidade básica do hospital. Isso pode ser comprovado pelos relatos abaixo:

Nós temos um atendimento preferencial ao idoso, e dentro do pronto-socorro nós temos uma qualificação de atendimento, né. Nessa qualificação os próprios médicos fazem uma, vamos dizer não chega a ser uma triagem, porque todos que entram são atendidos, mas eles separam o que atendimento da urgência e emergência de um atendimento que é menos urgente, vamos dizer, né... e muitas vezes eles vêm para cá, para procurar uma especialidade, né, quando eles não conseguem isso num ambulatório de especialidades, ou pela demora (...). [Diretor do Serviço de Atenção ao Usuário, OSS].

Então, na região, eu acredito que a gente esteja bem coberto de leitos, uma cobertura boa. Porém, a gente percebe que a fala de estruturação do sistema de saúde acaba trazendo uma demanda muito grande pro nosso pronto-socorro. [...] Mas eu acredito que a gente tenha que ter uma interação muito maior, um trabalho mais a nível de saúde básica., de atenção básica, que é o caminho para você evitar a internação, né? O hospital existe até para internar, para casos mais graves e não para casos mais ambulatoriais. Isso acaba... apesar da gente ter todo um sistema de triagem de qualificação na porta, isso ainda é um grande problema para a gente porque o volume de pessoas a serem atendidas é muito grande. Isso acaba exigindo muito mais profissionais, uma área física maior [...] então algo tem que ser feito a nível de saúde básica para que evite o agravamento das patologias crônicas[...] para que ele (o paciente) não entre nessa fase aguda e venha a necessitar de um hospital, que é um instrumento muito mais caro do que você proporcionar uma saúde mais controlada a nível de unidades básicas. [Diretor Assistencial, OSS].

[...] numa região como a nossa aqui que teve ao longo desses anos uma unidade básica toda desarticulada. Isso resulta numa demanda muito grande dentro do hospital, que deveria ser

atendida lá, na unidade. São casos de pronto-atendimento, não de pronto-socorro [Diretor Administrativo, OSS].

Como rede de contra-referência, a OSS utiliza-se de alguns hospitais terciários da região. Essa rede de contra-referência é utilizada para casos de alta complexidade não atendidos no hospital¹³. Para os casos de dificuldades na obtenção dessa referência direta, a unidade pode fazer uso ainda do Plantão Controlador Municipal, detentora da gestão de um determinado número de leitos no sistema de saúde do município.

A terceirização de serviços na OSS difere consideravelmente da verificada nos hospitais da administração direta. O hospital terceiriza não somente serviços na área de apoio, mas também na área assistencial. Nesse sentido, as áreas de apoio terceirizadas na instituição são o serviço de lavanderia, higiene, limpeza, segurança e orientação ao público (atendimento). Foram observados serviços terceirizados na área assistencial -- praticamente todo o serviço diagnóstico e todo o corpo clínico (médicos) da instituição são terceirizados. O hospital conta com cerca de 950 funcionários próprios (esse número varia mês a mês, visto que novos profissionais são admitidos e demitidos). O Quadro 14 resume os principais dados da OSS.

¹³ Esses casos incluem, especialmente, a cirurgia vascular, a neurocirurgia e a oftalmologia.

Quadro 14 - Capacidade operacional média de atendimento – OSS, 2004

Área assistencial	Unidade	Quantidade ou Área atendida
Unidade de internação (leitos)	Clínica médica	55
	Cirurgia geral	40
	Clínica pediátrica	32
	Clínica obstétrica	42
	Ortopedia	12
	UTI adulto	13
	UTI pediátrica	5
	UTI neonatal	28
Unidade cirúrgica (salas)	Centro cirúrgico	08
	Centro cirúrgico ambulatorial	01
	Salas de parto	02
Unidade de Diagnóstico (própria)	Raio-X	05
	Ultra-som	04
	Tomógrafo	01
	Densitometria	01
	Mamografia	01
	Outros	Eletrocardio e Eletroencefalograma, Holter, Teste Ergométrico etc.
Quadro de pessoal próprio	Enfermeiros	81
	Técnicos de enfermagem	11
	Auxiliares de enfermagem	421
	Quadro total próprio	955
Contratos terceirizados	Áreas de apoio	Segurança, Limpeza, Lavanderia e Orientação ao público.
	Áreas assistenciais	Laboratório, radiologia (só o pessoal) e corpo clínico.

FONTE: Da autora com dados dos relatórios de atividades e entrevistas (OSS, 2004).

5.2 Caracterização das regiões de atuação dos hospitais

Com a finalidade contextualizar a atuação dos hospitais, foram levantados indicadores sociais, demográficos e de saúde das regiões de cada instituição. Esses indicadores incluem a população total e por faixa etária, taxa de alfabetização, o índice de desenvolvimento humano, o coeficiente de mortalidade infantil e por causas externas e as principais causas de mortalidade proporcional.

Tendo em vista que os três hospitais pesquisados situam-se em regiões distintas do município de São Paulo, que apresenta claras disparidades econômicas e sociais, julgou-se inapropriado apresentar dados do município como um todo. Assim, foram utilizadas informações relativas aos distritos administrativos e de saúde das regiões de atuação das instituições.

O município de São Paulo está dividido em 96 distritos administrativos, i.e., unidades territoriais menores com características sócio-demográficas semelhantes. Essa divisão é utilizada pelo IBGE desde a contagem populacional de 1996. Posteriormente, esses 96 distritos administrativos foram reunidos em 41 distritos de saúde, com cerca de 250.000 habitantes em média. Assim, sempre que disponíveis, foram utilizados dados relativos aos distritos administrativos. Caso contrário, algumas aproximações foram realizadas.

5.2.1 Indicadores demográficos

A população total e por faixa etária dos distritos administrativos de abrangência dos hospitais AD₁, AD₂ e OSS são apresentados nas Tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 - População total e por faixa etária dos distritos administrativos de abrangência do hospital AD1, município de São Paulo – 2004

Faixa Etária	Distrito Administrativo 1	Distrito Administrativo 2	Total	%	Acumulado
0 a 4 anos	29.326	10.758	40.084	9,96%	9,96%
5 a 9 anos	25.405	10.284	35.689	8,87%	18,83%
10 a 14 anos	22.814	10.351	33.165	8,24%	27,07%
15 a 19 anos	23.171	11.362	34.533	8,58%	35,65%
20 a 24 anos	24.337	12.153	36.490	9,07%	44,72%
25 a 29 anos	24.365	11.789	36.154	8,98%	53,70%
30 a 34 anos	22.397	11.562	33.959	8,44%	62,14%
35 a 39 anos	19.886	11.665	31.551	7,84%	69,98%
40 a 44 anos	17.087	11.448	28.535	7,09%	77,07%
45 a 49 anos	14.141	9.869	24.010	5,97%	83,04%
50 a 54 anos	11.333	8.093	19.426	4,83%	87,86%
55 a 59 anos	8.484	6.342	14.826	3,68%	91,55%
60 a 64 anos	5.898	5.096	10.994	2,73%	94,28%
65 a 69 anos	4.412	4.448	8.860	2,20%	96,48%
70 a 74 anos	2.958	3.419	6.377	1,58%	98,07%
75 anos e +	3.582	4.202	7.784	1,93%	100,00%
Total	259.596 (64,5%)	142.841 (35,5%)	402.437	100,00%	

FONTE: SÃO PAULO (2004).

Segundo a Tabela 1, o distrito administrativo 1 é o mais populoso. Além disso, destaca-se que cerca de 35% dos habitantes da região têm até 19 anos de idade e aproximadamente 42% da população está situada na faixa etária que vai dos 15 aos 40 anos. De acordo com os gestores entrevistados, a maior parte dos pacientes atendidos no hospital AD₁ é procedente desse distrito mais populoso.

Tabela 2 - População total e por faixa etária dos distritos administrativos de abrangência do hospital AD₂, município de São Paulo – 2004

Faixa Etária	Distrito Administrativo 3	Distrito Administrativo 4	Distrito Administrativo 5	Total	%	Acumulado
0 a 4 anos	13.204	14.328	15.358	42.890	10,47%	10,47%
5 a 9 anos	12.354	13.355	13.623	39.332	9,61%	20,08%
10 a 14 anos	11.131	13.028	11.939	36.098	8,82%	28,90%
15 a 19 anos	10.956	13.612	11.794	36.362	8,88%	37,78%
20 a 24 anos	10.478	13.770	12.518	36.766	8,98%	46,75%
25 a 29 anos	10.555	13.877	13.370	37.802	9,23%	55,99%
30 a 34 anos	10.602	13.402	12.366	36.370	8,88%	64,87%
35 a 39 anos	9.394	12.643	10.431	32.468	7,93%	72,80%
40 a 44 anos	8.313	11.432	8.773	28.518	6,96%	79,76%
45 a 49 anos	6.692	9.731	7.464	23.887	5,83%	85,60%
50 a 54 anos	5.055	8.120	6.193	19.368	4,73%	90,32%
55 a 59 anos	3.480	6.180	4.755	14.415	3,52%	93,85%
60 a 64 anos	2.070	4.470	2.999	9.539	2,33%	96,17%
65 a 69 anos	1.359	3.468	1.990	6.817	1,66%	97,84%
70 a 74 anos	762	2.185	1.170	4.117	1,01%	98,85%
75 anos e +	909	2.459	1.361	4.729	1,15%	100,00%
Total	117.314 (28,65%)	156.060 (38,11%)	136.104 (33,24%)	409.478	100,00%	

FONTE: SÃO PAULO (2004)

O hospital AD₂ atende uma região de aproximadamente 400 mil habitantes, na qual o distrito administrativo 4 consiste no mais populoso (38,11% da população atendida pelo hospital). Pode-se verificar também que a população da região é predominantemente jovem, possuindo 46,75% de habitantes com idade inferior a 25 anos.

A OSS funciona como referência para as UBSS, Centros de Saúde e Unidade de Saúde da Família da sua região de abrangência. Porém, para os casos de maternidade de alto risco, a referência supera sua região de abrangência. A população total e por faixa etária dos três distritos administrativos compreendidos dentro da área de atuação da OSS está apontada na Tabela 3.

Tabela 3 - População total e por faixa etária dos distritos administrativos de abrangência da OSS, município de São Paulo – 2004

Faixa Etária	Distrito Administrativo 6	Distrito Administrativo 7	Distrito Administrativo 8	Total	%	Acumulado
0 a 4 anos	6.274	23.342	15.478	45.094	9,4%	9,4%
5 a 9 anos	6.303	21.326	13.980	41.609	8,7%	18,1%
10 a 14 anos	6.466	20.582	12.706	39.754	8,3%	26,4%
15 a 19 anos	6.875	22.131	12.949	41.955	8,8%	35,1%
20 a 24 anos	7.642	23.666	13.865	45.173	9,4%	44,6%
25 a 29 anos	7.785	22.886	13.726	44.397	9,3%	53,8%
30 a 34 anos	8.050	21.093	12.774	41.917	8,7%	62,6%
35 a 39 anos	8.486	18.663	10.893	38.042	7,9%	70,5%
40 a 44 anos	7.890	16.847	9.535	34.272	7,2%	77,7%
45 a 49 anos	6.996	14.604	7.892	29.492	6,2%	83,8%
50 a 54 anos	5.679	12.111	6.008	23.798	5,0%	88,8%
55 a 59 anos	4.518	9.362	4.218	18.098	3,8%	92,6%
60 a 64 anos	3.320	6.472	2.578	12.370	2,6%	95,2%
65 a 69 anos	2.598	4.733	1.875	9.206	1,9%	97,1%
70 a 74 anos	1.914	3.114	1.216	6.244	1,3%	98,4%
75 anos e +	2.500	3.760	1.456	7.716	1,6%	100,0%
Total	93.296 (19,5%)	244.692 (51,1%)	141.149 (29,5%)	479.137	100,0%	

Fonte: SÃO PAULO (2004)

O distrito administrativo 7 consiste no mais populoso dentre os três atendidos pela OSS, respondendo por 51,1% da população. Pode-se observar também que cerca de 45% da população atendida tem até 25 anos.

Em relação à taxa de alfabetização da população atendida pelos hospitais, descrita na Tabela 4, pode-se perceber que não existem disparidades consideráveis entre as instituições. Os distritos 2 e 6, atendidos pelo hospital AD₁ e pela OSS, respectivamente, apresentam-se em melhor situação, com um índice de alfabetização superior ao do município de São Paulo, que foi de 92,01% no ano de 2000.

87714

Tabela 4 - Taxa de alfabetização da população residente de 5 anos ou mais dos distritos administrativos de abrangência dos hospitais (percentual), município de São Paulo – 2000

Hospital	Distrito administrativo	População Alfabetizada (%)	População não-alfabetizada (%)
AD ₁	Distrito 1	88,32	11,68
	Distrito 2	94,1	5,9
AD ₂	Distrito 3	88,01	11,99
	Distrito 4	91,46	8,54
	Distrito 5	88,72	11,28
OSS	Distrito 6	95,66	4,34
	Distrito 7	89,79	10,21
	Distrito 8	88,51	11,49

FONTE: IBGE (2005).

5.2.2 Indicador social

O indicador social escolhido para fazer parte dessa pesquisa foi o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O IDH é um indicador proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU) com o objetivo de identificar, de maneira sintética, o nível de desenvolvimento econômico e social alcançado por diferentes países do mundo (SÃO PAULO, 2002b).

Os aspectos levados em consideração na construção do IDH são: “uma vida longa e saudável”, medida pela esperança de vida ao nascer; o “conhecimento”, medido pela taxa de alfabetização dos adultos e pela taxa de matrícula no ensino primário, secundário e superior e “um padrão de vida digno”, medido pelo Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* (ONU, 2002). O IDH tem sido usado também para caracterização das condições de vida de municípios e distritos, sendo classificado em três grupos – *baixo*, para valores inferiores a 0,500; *médio*, quando situado entre 0,500 e 0,800 e *alto*, se maior que 0,800. A Tabela 5 fornece os números relativos ao IDH dos distritos administrativos de abrangência dos hospitais para o ano de 2000.

Tabela 5 - IDH dos distritos administrativos de abrangência dos hospitais – 2000

Hospital	Distrito administrativo	IDH	Posição no ranking dos 96 distritos administrativos
AD ₁	Distrito Administrativo 1	0,432	86
	Distrito Administrativo 2	0,525	52
AD ₂	Distrito Administrativo 3	0,397	92
	Distrito Administrativo 4	0,494	60
	Distrito Administrativo 5	0,387	94
OSS	Distrito Administrativo 6	0,642	22
	Distrito Administrativo 7	0,458	74
	Distrito Administrativo 8	0,438	84

FONTE: SÃO PAULO (2002b)

As informações apresentadas na Tabela 5 demonstram que os hospitais estão situados em regiões com grau de desenvolvimento humano variando de médio a baixo.

Apenas os distritos 2 e 6, atendidos pelo hospital AD₁ e pela OSS respectivamente, situam-se em faixas de médio desenvolvimento. Os demais distritos apresentam baixo grau de desenvolvimento humano, figurando entre as regiões de piores condições de vida no município, especialmente os atendidos pelo hospital AD₂.

5.2.3 Indicadores de saúde

Os indicadores de saúde utilizados nessa análise são os grupos de causa de mortalidade proporcional, o coeficiente de mortalidade por causas externas e o coeficiente de mortalidade infantil. Os dados de mortalidade proporcional e por causas externas não estavam disponíveis por distrito administrativo no momento da coleta de dados. Assim, foram utilizadas as informações dos distritos de saúde. O Quadro 15 apresenta os cinco principais grupos de causa de mortalidade proporcional nos distritos de saúde de abrangência dos hospitais no ano de 2002.

Quadro 15 - Cinco principais grupos de causa de mortalidade proporcional nos distritos de saúde de abrangência dos hospitais – 2002

Hospital	Distrito de Saúde	Causas de mortalidade proporcional				
		1ª causa	2ª causa	3ª causa	4ª causa	5ª causa
AD ₁	Distrito de Saúde 1	Homicídios	Doenças Isquêmicas do Coração	Doenças Cérebro-vasculares	Bronquite, Enfisema, Asma	Pneumonias
	Distrito de Saúde 2	Doenças Isquêmicas do Coração	Doenças Cérebro-vasculares	Pneumonias	Homicídios	Bronquite, Enfisema, Asma
AD ₂	Distrito de Saúde 3	Homicídios	Doenças Isquêmicas do Coração	Doenças Cérebro-vasculares	Pneumonias	Bronquite, Enfisema, Asma
OSS	Distrito de Saúde 4	Homicídios	Doenças Isquêmicas do Coração	Doenças Cérebro-vasculares	Bronquite, Enfisema, Asma	Pneumonias
	Distrito de Saúde 5	Doenças Isquêmicas do Coração	Doenças Cérebro-vasculares	Homicídios	Pneumonias	Bronquite, Enfisema, Asma

Fonte: SÃO PAULO (2002c)

A observação do Quadro 15 revela que, de maneira geral, os moradores das regiões atendidas pelos três hospitais estão expostos à violência. Entre as principais causas de mortalidade são relevantes os homicídios, o que de certa forma, completa um quadro de características sociais e econômicas convergentes – população jovem, baixo grau de desenvolvimento humano e expressivo nível de violência urbana.

O coeficiente de mortalidade por causas externas aborda a relação entre o número de mortes por acidentes e violência na cidade e a população residente em cada distrito de saúde para uma base de 100.000 habitantes. Este indicador reflete as condições de vida da população no trânsito, no trabalho e em situações de risco doméstico e de violência urbana. Também fornece informações de demanda potencial por atendimento de urgência e emergência decorrentes de lesões e envenenamentos produzidos pelas chamadas causas externas (SÃO PAULO, 2002a). A Tabela 6 apresenta o coeficiente de mortalidade por causas externas dos distritos de saúde abrangidos pelos hospitais estudados.

Tabela 6 - Coeficientes de mortalidade por causas externas dos distritos de saúde de abrangência dos hospitais - 2001

Hospital	Distrito de Saúde	Coeficiente de mortalidade por causas externas*
AD ₁	Distrito de Saúde 1	119,9
	Distrito de Saúde 2	73,6
AD ₂	Distrito de Saúde 3	98,8
OSS	Distrito de Saúde 4	130,3
	Distrito de Saúde 5	77,6

*Coeficiente por 100.000 habitantes

FONTE: SÃO PAULO (2002a).

No ano de 2001, o coeficiente de mortalidade por causas externas no município de São Paulo foi de 91,1/100.000 habitantes (SÃO PAULO, 2002a). Destaca-se, dessa forma, que os três hospitais atendem regiões de alto grau de risco, corroborando as informações apresentadas no Quadro 15.

O coeficiente de mortalidade infantil é um indicador “clássico” para avaliação do estado de saúde das populações. Este coeficiente representa o número de crianças nascidas vivas que morrem antes de completar um ano de vida tomando 1000 nascimentos como base, expressa desde a qualidade e adequação das condições sociais e ambientais de vida até a qualidade do pré-natal e parto, passando pelas condições nutricionais e assistenciais de rotina (SÃO PAULO, 2002a). A Tabela 7 mostra o coeficiente de mortalidade infantil na área de abrangência das instituições no período entre 1999 e 2002.

Tabela 7 - Coeficientes de mortalidade infantil nos distritos administrativos de abrangência dos hospitais - 1999 a 2002

Hospitais	Distrito Administrativo	Coeficiente de Mortalidade Infantil, por 1.000 nascidos vivos			
		1999	2000	2001	2002
AD ₁	Distrito Administrativo 1	18,67	17,23	14,83	13,03
	Distrito Administrativo 2	12,95	15,49	12,36	15,29
AD ₂	Distrito Administrativo 3	19,58	19,41	18,60	17,55
	Distrito Administrativo 4	12,47	12,55	17,08	15,03
	Distrito Administrativo 5	21,09	24,11	15,00	20,38
OSS	Distrito Administrativo 6	15,12	11,49	14,91	18,36
	Distrito Administrativo 7	17,58	16,08	11,84	15,95
	Distrito Administrativo 8	18,04	17,09	15,90	16,41
Total do Município		16,19	15,80	15,35	15,08

FONTE: SÃO PAULO (2002c)

O coeficiente de mortalidade infantil para a cidade de São Paulo foi de 15,08/1.000 nascidos vivos. Contudo, variou de 8,4 em Pinheiros a 23,9 na Cidade Tiradentes, apresentando na cidade uma discrepância máxima de 15,5/1000 nascidos vivos em 2002 (SÃO PAULO, 2002c). Assim, percebe-se que os distritos administrativos atendidos pelos três hospitais apresentam taxas que oscilam durante o período analisado, com destaque para os distritos 3 e 5, atendidos pelo hospital AD₂, que apresentaram índices acima dos verificados no município, ou seja, baixos indicadores sociais.

Após a caracterização da região de abrangência dos hospitais, pode-se considerar que o hospital AD₁ possui usuários com perfis relativamente diversos. De um lado, têm-se os habitantes do distrito 2 que se encontram em condições socioeconômicas mais favoráveis. De outro, os habitantes do distrito 1. Esse fato pode ser confirmado pelos relatos abaixo:

Esses dois distritos têm características diferentes, apesar de ser um ao lado do outro, o distrito 2 apresenta uma população com um nível educacional melhor que o do distrito 1 não só nível educacional, como nível de renda, a moradia, o padrão de moradia é melhor e mesmo a oferta de serviços públicos. O distrito 1 já apresenta uma característica um pouco diferente, uma população de menor renda, menor nível de escolaridade, moradias que em 50% dos casos, favelados, uma população bastante favelada. Na questão de morbidade, a violência na região [...] é bastante grande, a violência urbana, se manifesta com mais intensidade [...]. Um dos distritos de maior violência em São Paulo. [Diretor, AD₁].

A população do distrito 2, o que nós temos... hoje, o que caracteriza mais é o idoso. Então, nós temos as patologias ligadas à saúde do idoso, né. Então, nós temos pacientes extremamente dependentes, nós temos pacientes com diabetes melitus, paciente com cardiopatias, pacientes renais crônicos. São patologias características da 3ª, 4ª idade. E nós temos os pacientes do distrito 1, que são pacientes de trauma, a grande maioria, que são os acidentes de trânsito, os acidentes por arma de fogo, arma branca, os pacientes com dependência tóxica que chegam aqui em estado grave... aqui nós não temos psiquiatria, mas nós atendemos os casos de tentativa de suicídio ou de overdose... esses casos que chegam pra gente. [Diretor de Enfermagem, AD₁].

O paciente típico do hospital AD2 e da OSS é de baixa renda, proveniente da periferia do município de São Paulo, exposto a condições de risco, especialmente à violência urbana.

A grande maioria da população, a gente pode chamar de população SUS dependente, que não tem plano de saúde, [...] população de todas faixas etária, predominantemente acaba sendo adulto de média idade, que vem mais ao hospital e acaba ficando mais internado, são os problemas de clínica médica [...]. Ortopedia são mais os jovens com os traumas e a violência. Os casos de urgência e emergência, os acidentes e vítimas de violência. [Diretor de Apoio Clínico, AD₂].

Nós atendemos mais a população carente, então seria classe C e D, eventualmente abrangemos a classe B também e a faixa etária ela compreende desde recém-nascidos até a população idosa também. Quanto à classe socioeconômica, é uma população de baixo poder aquisitivo. [Diretor Clínico, AD₂].

Em linhas gerais, essa população é de baixa renda, é uma região um pouco violenta, em termos de assaltos, de problemas de homicídios. Nós temos uma incidência muito alta aqui [...]. Até pela baixa renda [...] São Paulo, à medida que foi crescendo do centro para os bairros foi empurrando aqueles menos favorecidos, que não tinham condições de ficar, para as periferias. É o que a gente chama de marginalização. Ao pé da letra, né? À margem... são os marginais, vamos dizer assim [...]. [Diretor, OSS].

[...] então, nos finais de semana tem muitos atendimentos de tentativa de homicídio, de homicídio, de facada, de tiro, de atropelamento... é uma região populosa demais. Esse tipo de perfil você vai encontrar aqui [Diretor, OSS].

A apresentação dos perfis de oferta de serviços por parte das instituições e da demanda relativa à assistência hospitalar em suas regiões de atuação teve o intuito de compreender e, se possível, minimizar os efeitos adversos da comparação de instituições diferentes, especialmente, em relação a indicadores de produtividade, qualidade e satisfação do usuário. Nesse contexto, pode-se observar que os três hospitais são gerais e secundários, ou seja, atendem ao quadrilátero básico – clínica médica, cirúrgica, pediatria, ginecologia e obstetria, entretanto, oferecem e são referência para a rede assistencial em alguma(s) especialidade(s) de mais alta complexidade. Além disso, apresentam basicamente o mesmo

tipo de articulação com a rede assistencial - suas áreas de internação e ambulatório funcionam referenciadas, enquanto o pronto-socorro opera de “portas abertas”.

Embora o hospital AD₁ conte com uma parte de sua clientela pertencente a um bairro de condições socioeconômicas melhores, acredita-se que esse fator não acarrete grandes prejuízos à análise comparativa pois, segundo seus gestores, a maior parte dos pacientes atendidos na instituição é proveniente das regiões menos favorecidas.

Em linhas gerais, pode-se dizer que as três instituições atendem regiões de alto índice de violência, o que acarreta pressão considerável sobre a área de pronto-socorro e exerce influência sobre indicadores de qualidade técnica e percebida. Ao mesmo tempo, convivem com problemas característicos da fase de transição demográfica que o país vivencia, ou seja, com as doenças ligadas ao aparelho circulatório, que por sua vez, influenciam a área de internação.

Entretanto, um ponto de divergência entre as instituições merece ênfase – a questão da terceirização. Ao passo que nos hospitais da administração direta foi verificada a terceirização de serviços de apoio, na OSS esse movimento abrange também a área assistencial, sendo que o corpo clínico e praticamente todo o serviço de diagnóstico da instituição pesquisada são terceirizados. Levando-se em consideração que na maior parte das vezes os terceiros são contratados sob a forma de pessoa jurídica para realização de um pacote de procedimentos (diagnósticos), este fato impõe limites consideráveis à utilização de indicadores comuns de produtividade, notadamente da mão-de-obra.

5.3 Estilo de gestão e autonomia administrativa

Nessa categoria analítica foram investigados o estilo de administração adotado nas instituições e o grau de autonomia para tomada de decisão e alocação de recursos. Segundo a teoria do Estado Gerencial abordada na revisão teórica desse trabalho, o estilo e a autonomia gerenciais são determinantes em última instância do uso eficiente dos recursos organizacionais. Para compor as análises delineadas foram realizadas entrevistas com os gestores das organizações, convidados a caracterizar a gestão da organização, discorrendo sobre a administração de recursos financeiros e de pessoal e sobre o relacionamento com os órgãos mantenedores e com o Poder Público. Adicionalmente, foram solicitados os organogramas, estatutos e regimentos internos das organizações e a legislação pertinente ao setor público foi pesquisada. Considerando-se que os hospitais da administração direta estão sujeitos às mesmas regras, optou-se pela apresentação conjunta dos dados coletados nos hospitais AD₁ e AD₂.

Ressalta-se que os organogramas e regimentos internos das instituições tiveram utilidade limitada. O organograma consiste, em linhas gerais, em uma representação gráfica da estrutura de autoridade e da divisão de trabalho formais em uma organização. A departamentalização verificada foi a mesma nas três instituições estudadas - a funcional. A departamentalização funcional é aquela na qual os cargos são especializados e agrupados de acordo com a função desempenhada e as habilidades requeridas.

Em relação ao organograma, também não foram verificadas diferenças marcantes entre o número de níveis hierárquicos. Não se pode, com base no organograma, atribuir a um ou outro modelo uma maior rapidez ou lentidão no processo decisório em função da hierarquia ou divisão do trabalho. Entretanto, destaca-se que o organograma apresenta as relações intra-organizacionais, não sendo capaz de representar as relações extra-organizacionais, ou seja, da organização com os níveis ou instâncias superiores (centrais – poder público, mantenedora etc). Portanto, a (des)centralização das decisões em um nível superior, capaz de ampliar ou limitar a autonomia dos gestores para decisões ao nível organizacional não está sendo considerada nesse caso.

No tocante aos regimentos / regulamentos internos fornecidos por duas das instituições, AD₁ e OSS, realça-se que esses documentos consistem em manuais de funcionamento / normas internas dos hospitais, indicando suas finalidades e aquelas pertinentes a cada uma das áreas funcionais existentes, os níveis de hierarquia etc. Dessa forma, a exemplo dos organogramas, os regulamentos e regimentos internos não constituem fontes indicativas de diferenças no funcionamento dos modelos de gestão.

Destaca-se que não é objetivo deste estudo questionar a literatura publicada acerca das diferenças existentes entre o modelo de gestão das organizações sociais e das organizações públicas. As análises foram conduzidas sempre que possível, em sentido comparativo, pontuando aspectos relevantes da legislação ou dos modelos de gerenciais que podem exercer impactos na administração ou no alcance dos objetivos organizacionais de cada uma das instituições em questão.

Com a finalidade de facilitar a apresentação e análise dos dados, essa categoria foi dividida em dois subgrupos – gestão de recursos financeiros e gestão de recursos humanos.

5.3.1 Gestão de Recursos Financeiros

Nessa subcategoria está caracterizada a gestão de recursos financeiros nos hospitais pesquisados. A administração de recursos financeiros nas instituições da administração direta deve ser feita em conformidade com a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, que estatui normas de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

A aquisição de insumos e a contratação de serviços e obras nessas instituições seguem os ditames da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que estabelece normas gerais sobre as licitações e contratos administrativos relativos a obras, serviços, compras alienações e locações no âmbito da administração direta, das autarquias, fundações e empresas públicas, sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Mais recentemente, foi publicada a Lei nº

10.520, de 17 de julho de 2002, que instituiu a modalidade de licitação denominada Pregão, para a aquisição de bens e serviços comuns.

A legislação pesquisada serviu de suporte às informações levantadas das entrevistas. Todas as entrevistas foram transcritas, sendo que a análise do material resultou em seis subcategorias: autonomia para tomada de decisão, fontes de recursos, repasse dos recursos, negociação de recursos, execução do orçamento e fiscalização e formas de controle exercidas. Cada uma destas subcategorias está descrita no Quadro 16, que ilustra as práticas vigentes nos hospitais da administração direta e na OSS. Na última coluna do Quadro 16 são destacadas as fontes empregadas no delineamento de cada subcategoria (depoimentos dos gestores) detalhadas no Apêndice 3.

Quadro 16 - Subcategorias da Gestão de Recursos Financeiros – AD e OSS

Sub- categoria	Significado	Práticas adotadas / características das instituições		Código das entrevistas	
		Organização Social	Administração Direta	AD	OSS
Autonomia para tomada de decisão	Grau de autonomia conferido aos gestores para tomada de decisões relativas à gestão financeira no nível organizacional	Liberdade de decisão, desde que em cumprimento aos objetivos do contrato de gestão.	Decisões de captação e aplicação de recursos vinculadas à aprovação do nível central (SESSP).	1	2
Fonte de recursos e percentual de participação na receita	Fontes de recursos orçamentários e extra-orçamentários utilizados na instituição.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fonte de recursos para custeio: SES/SP – Contrato de Gestão. 2. Não-participação da mantenedora no financiamento do hospital 3. Utilização de fontes adicionais de recursos (privadas – bancárias e não bancárias). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fonte de recursos para custeio: SESSP - Orçamento 2. Recursos do FUNDES 3. Não-utilização de fontes extra-orçamentárias de recursos 	3	4
Repasso dos recursos	Mecanismos utilizados para repasse de recursos financeiros à instituição, incluindo periodicidade e elementos condicionantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orçamento pactuado anualmente com base em metas contratadas e repassado mensalmente à instituição 2. Repasse de recursos vinculado ao cumprimento de metas contratadas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orçamento pactuado anualmente com base em série histórica – padrão de consumo da instituição 2. Repasse de recursos não-vinculado ao cumprimento de metas 	5	6
Negociação de aportes adicionais de recursos	Possibilidade de negociação entre a instituição e o Executivo estadual de aportes adicionais de recursos em caso de necessidade e existência desse processo no dia-a-dia da organização	<ol style="list-style-type: none"> 1. Possibilidade de negociação de recursos extras 2. Ocorrência desse mecanismo no dia-a-dia do hospital 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Possibilidade de negociação de recursos extras 2. Negociação difícil e morosa 	7	8
Execução do orçamento	Autonomia do gestor para emprego dos recursos de acordo com a necessidade organizacional	Autonomia total para emprego do orçamento, desde que os recursos sejam exclusivamente revertidos às finalidades firmadas em contrato.	Pouca ou nenhuma autonomia para emprego dos recursos. Sujeição aos ditames legais e à aprovação de níveis centrais.	9	10
Fiscalização e formas de controle	Formas de controle exercidas. Prestação de contas.	<p>Combinação de duas formas de controle:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Controle interno – CCSS e Mantenedora – Ênfase em resultados 2. Controle externo – TCE e Auditoria Independente – Ênfase em procedimentos 	<p>Combinação de duas formas de controle:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Controle interno – SESSP e Secretaria da Fazenda – Ênfase em procedimentos 2. Controle externo – TCE – Ênfase em procedimentos 	11	12

Com a subcategoria **autonomia para tomada de decisão** avaliou-se o nível de autonomia conferido ao gestor para decidir sobre questões relativas à gestão financeira no nível organizacional. Nos hospitais da administração direta, que funcionam como unidades orçamentárias / unidades de despesa, todas as decisões relativas à captação e aplicação de recursos devem seguir os ditames legais e estão sujeitas à aprovação da instância superior, no caso a SESSP. Para a OSS, não existem os regulamentos impostos pela legislação do setor público. Assim, excetuando-se a definição do orçamento, que é pactuado com a secretaria de Estado, as demais decisões são tomadas internamente.

Relativamente às **fontes de recursos**, os gestores entrevistados foram indagados sobre a origem dos recursos e sobre o percentual de participação de cada fonte na receita total da instituição. Além disso, foram questionados sobre a possibilidade de emprego de fontes adicionais de recursos, além das orçamentárias e da utilização desses mecanismos no dia-a-dia. Os gestores dos hospitais da administração direta alegaram ser a SESSP a fonte integral de despesas para custeio. Paralelamente, disseram receber eventualmente recursos originados do FUNDES, Fundo de Desenvolvimento Econômico e Social¹⁴, também via SESSP.

Para o caso da OSS, a fonte de recursos para custeio consiste na SESSP, que repassa os recursos pactuados no contrato de gestão. A mantenedora, embora responsável pela gestão do hospital, não contribui com recursos financeiros. Existem também doações para a entidade. Entretanto, esses valores, segundo os gestores, são de importância marginal quando comparados ao montante total do orçamento.

Quanto à **possibilidade de utilização de outras fontes de recursos**, extra-orçamentários, o diretor da OSS elencou três outras possíveis alternativas além da SESSP – a iniciativa privada, por meio de parcerias firmadas com fornecedores e concessão para exploração de áreas da instituição (estacionamento, restaurante etc.); as fontes bancárias e as linhas de crédito governamentais, como por exemplo, as do BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. Destaca-se que, como previsto na Lei 846/98, o atendimento é exclusivo a pacientes do SUS, não ocorrendo a cobrança pelos serviços prestados.

¹⁴ O FUNDES consiste em um fundo federal, vinculado ao SUS.

Percebe-se que a OSS pode, sempre que necessário, recorrer a outras fontes de recursos, impedindo a ocorrência de prejuízos ao funcionamento do hospital. Entretanto, a utilização de outros mecanismos de financiamento requer habilidades do gestor, que deverá negociar taxas / encargos e forma de pagamento com a instituição financiadora e prever no orçamento anual a parcela destinada à quitação da dívida.

Na categoria **repasso de recursos** buscou-se verificar os mecanismos utilizados para repasse de recursos às instituições, incluindo periodicidade e elementos condicionantes. Nos hospitais da administração direta o orçamento é pactuado anualmente com base em uma série histórica, um padrão de consumo da instituição, e, à medida que os gastos vão se concretizando, o recurso é empenhado e os pagamentos são feitos no nível central (SESSP). Esse orçamento não está condicionado ao cumprimento de metas, entretanto, é estabelecido com base no nível de atividade organizacional. Os recursos do FUNDES não são distribuídos em função de metas ou de nível de atividade. Segundo os gestores, esse recurso é originário das AIH's – Autorização de Internação Hospitalar – faturadas contra o SUS, ficando centralizado na SESSP. Entretanto, o fato de um hospital faturar mais que outro não implica em repasse maior de recursos.

Na OSS a definição de metas e do orçamento ocorre anualmente, sendo que 90% do valor contratual está vinculado ao cumprimento do volume de produção contratado. O restante (10%) constitui a parte variável do contrato, atrelada a indicadores de qualidade. Nesse sentido, ainda que o orçamento da administração direta seja estabelecido com base no nível de atividade, não há penalidades no repasse de recursos caso a produção não atinja o volume esperado. Isso não ocorre na OSS, cujo repasse se dá em função do cumprimento de metas.

No tocante à possibilidade de **negociação de aportes adicionais de recursos**, os gestores dos hospitais da administração direta alegaram ser factível. Todavia, disseram que esse processo é árduo e moroso. Além disso, afirmaram que o montante recebido é insuficiente para cobrir todos os recursos necessários ao funcionamento adequado da instituição.

Já na OSS, a negociação de recursos extras, i.e., não previstos inicialmente no contrato de gestão, foi tida como possível. Além do mais, um dos gestores entrevistados apontou algumas situações nas quais essa negociação tivera ocorrido e defendeu a necessidade de maleabilidade na relação firmada entre as OSS e o executivo. Entretanto, foi colocado que

esses recursos adicionais são destinados a situações não previstas inicialmente, de quebra de equipamento, surgimento de uma demanda imprevisível entre outras, e não à gestão inadequada dos recursos inicialmente obtidos.

A execução do orçamento está sujeita a regras nos hospitais da administração direta. Os recursos são destinados a elementos de despesa específicos e o gestor não dispõe de autonomia para realizar ajustes às necessidades da organização. Essa possibilidade de ajustes ocorre somente para um pequeno montante de recursos destinado mensalmente aos hospitais para despesas diárias, denominado “adiantamento”. A destinação de recurso vinculado a um determinado elemento de despesa a outro fim é uma decisão que compete, segundo um dos gestores, à SESSP.

Em contrapartida, não existem regras na OSS para aplicação dos recursos desde que as metas contratadas sejam cumpridas. Ou seja, a instituição não está sujeita à Lei de Licitações e aos ditames orçamentários. A OSS possui um regulamento próprio de compra e todas as aquisições são feitas internamente. Há, de acordo com um dos gestores, total autonomia para negociação com fornecedores. Como benefícios decorrentes dessa flexibilidade podem ser incluídas a agilidade no processo de compras e a possibilidade de operação com níveis mais baixos de estoques. Além disso, a maleabilidade permitida na alocação do orçamento, que não está condicionada a “elementos de despesa”, como na administração direta, confere uma vantagem à OSS, permitindo a distribuição dos recursos de acordo com as necessidades da instituição e inclusive, aplicação de recursos ociosos no mercado financeiro¹⁵.

Relativamente à **fiscalização e formas de controle exercidas** sobre as instituições por parte de mantenedores e do poder público, verificou-se que os hospitais da administração direta estão sujeitos, em linhas gerais, a dois tipos de controle – interno e externo. O controle interno é exercido pelo próprio Poder Executivo, por meio da instância superior, no caso a SESSP, que verifica basicamente a utilização de recursos e a produção de serviços e pela Secretaria da Fazenda, que pede contas da utilização dos recursos.

O controle externo, de competência do Poder Legislativo, é exercido pelo Tribunal de Contas do Estado. As auditorias realizadas por essas entidades ocorrem, de acordo com os gestores, em bases anuais. Entretanto, o advento do SIAFEN - Sistema Integrado de Administração

¹⁵ Essa aplicação está prevista no contrato de gestão. A única restrição apontada é a reversão dos resultados aos objetivos previsto em contrato.

Financeira e do SIAFÍSICO - Sistema Integrado de Informações Físico-Financeiras, possibilitou o monitoramento diário das atividades dos hospitais. Existe, de forma geral, uma ênfase em controles de procedimentos na administração direta.

Analogamente, a OSS passa por auditorias de natureza interna e externa. O controle interno é exercido pela SESSP, mais especificamente pela CCSS, que mensalmente recebe relatórios de produção da OSS. A cada três meses a Coordenadoria avalia o cumprimento das metas. Em adição, sobre o hospital é exercido o controle da mantenedora, que cobra relatórios mensais de produção, indicadores de qualidade, indicadores financeiros, entre outros. O controle externo é exercido pelo Tribunal de Contas do Estado e de uma auditoria independente, prevista na legislação das OSS, que realiza trabalho semelhante àquele do TCE. Incidem sobre a OSS controles de procedimentos e de resultados.

Resumidamente, podem ser vislumbradas algumas conseqüências das diferentes regras aplicadas à administração financeira nos dois modelos de gestão. Na administração direta, há pouca ou nenhuma autonomia para decisões relativas ao orçamento. Além disso, o repasse de recursos não está vinculado a metas. Portanto, pode ocorrer um desestímulo ao uso eficiente dos recursos visto que uma economia obtida em um elemento de despesa não poderá ser transferida a áreas deficitárias do hospital, e o repasse não será interrompido caso volumes de produção não sejam atingidos.

Para a OSS há total liberdade de gerência dos recursos, desde que em cumprimento às metas acordadas. Por outro lado, caso o volume de produção contratado não seja verificado, ocorrem penalidades financeiras à instituição. Esses dois fatores combinados atuam como estímulo à busca constante da aplicação eficiente de recursos.

5.3.2 Gestão de Recursos Humanos

Nesse item compara-se a gestão de recursos humanos. A contratação e gestão de pessoal nas instituições públicas de saúde no Estado de São Paulo seguem uma legislação comum, a saber: a Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968 (Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado; Lei do efetivo), a Lei Complementar nº 500, de 13 de novembro de 1974 (função-atividade) e a Lei Complementar nº 733, de 23 de novembro de 1993, que autoriza, no âmbito da Secretaria da Saúde e das autarquias, a admissão de servidores por um período máximo de 12 meses¹⁶.

Os servidores da OSS são contratados em regime de CLT – Consolidação das Leis do Trabalho. Ainda que a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, que dispõe sobre a criação e qualificação de entidades como organizações sociais no Estado de São Paulo tenha previsto o afastamento de funcionários de quadros públicos para atuação nos hospitais gerenciados sob a forma de organização social, esta realidade não é verificada na instituição pesquisada¹⁷.

A análise das entrevistas resultou em oito subcategorias – autonomia para gestão de recursos humanos, dimensionamento do quadro de pessoal, regimes de contratação de mão-de-obra, recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, plano de carreira, política salarial e desligamento de pessoal. Cada uma delas está descrita no Quadro 17 e a seguir. O quadro 17 detalha as subcategorias analisadas na gestão de recursos humanos destacando as práticas adotadas em cada uma das modalidades de gestão e as fontes utilizadas para composição das análises. Os trechos das entrevistas utilizados em cada uma das subcategorias da gestão de pessoas encontram-se disponíveis no Apêndice 3.

¹⁶ Esse contrato pode ser prorrogado quando seu término ocorrer durante período em que, por força de lei federal, estejam vedadas as admissões no serviço público.

¹⁷ E em nenhuma das outras OSS do estado de São Paulo.

Quadro 17 - Subcategorias da Gestão de Recursos Humanos – AD e OSS

Sub- categoria	Significado	Práticas adotadas / características das instituições		Códigos das entrevistas	
		Organização Social	Administração Direta	AD	OSS
Autonomia para tomada de decisão	Grau de autonomia dos gestores para tomarem decisões relativas à gestão de pessoal na organização.	Liberdade no processo decisório, desde que em cumprimento à CLT.	1. Decisões relativas à gestão dos recursos humanos ditadas pela legislação específica (Lei 10.261/68; Lei 500/74; Lei 733/93). 2. Sujeição aos níveis centrais (SESSP e Governador).	1	2
Dimensionamento do quadro de pessoal	Conjunto de atividades ligadas à identificação do contingente de pessoal necessário ao funcionamento da instituição	1. Dimensionamento do quadro de pessoal feito no momento da criação da instituição 2. Possibilidade / facilidade de alterações no quadro de pessoal	1. Dimensionamento do quadro de pessoal feito no momento da criação da instituição 2. Dificuldade de alterações do quadro de pessoal	3	4
Regimes de contratação de mão-de-obra	Conjunto de regimes / formas jurídicas de contratação / utilização de mão-de-obra existentes na organização.	Coexistência de duas formas de administração de mão-de-obra na organização: a. CLT b. Mão-de-obra terceirizada (contratos de prestação de serviços, cooperativas médicas etc.).	Coexistência de sete formas de administração de mão-de-obra na organização: a. Efetivo (Lei 10.261) b. Função-atividade (Lei 500) c. Trabalhador temporário (Lei 733) d. CLT e. Funcionários do extinto INAMPS f. Funcionários municipais afastados g. Mão-de-obra terceirizada	5	6
Recrutamento e seleção de pessoal	Conjunto de atividades utilizado pela organização para atrair e selecionar candidatos qualificados para determinado cargo ou função.	1. Utilização de duas formas de recrutamento: a. Recrutamento interno b. Recrutamento externo: triagem em banco de currículos e anúncio da(s) vaga(s) em agências virtuais de emprego. 2. Seleção baseada no perfil técnico e comportamental do candidato. Utilização das seguintes técnicas de seleção: a. Avaliação curricular b. Provas de conhecimento ou de capacidade c. Entrevistas d. Testes de personalidade e. Dinâmicas de grupo 3. Duração média do processo de recrutamento e seleção: 30 a 40 dias	1. Utilização de recrutamento externo feito por meio do Diário Oficial 2. Seleção baseada no perfil técnico do candidato. Utilização das seguintes técnicas de seleção: a. Prova de conhecimento ou de capacidade (questões objetivas) b. Avaliação curricular (para contratação em regime temporário e emergencial) c. Entrevista (para contratação em regime temporário e emergencial) 3. Duração média do processo de recrutamento e seleção: 6 meses para o caso de concurso e 30 dias para contratação emergencial.	7	8

Quadro 17: Subcategorias da Gestão de Recursos Humanos – AD e OSS (Continuação)

Sub- categoria	Significado	Práticas adotadas / características das instituições		Códigos das entrevistas	
		Organização Social	Administração Direta	AD	OSS
Treinamento e desenvolvimento de pessoal	Atividades utilizadas pela organização no desenvolvimento de habilidades a fim de que os empregados contribuam para o alcance dos objetivos organizacionais (aumento de produtividade / alteração de comportamentos).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realização de programa anual de treinamento 2. Destinação de parte do orçamento organizacional a programas de treinamento 3. Estímulo / cobrança pelo desenvolvimento do empregado 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ênfase em treinamentos admissionais 2. Realização de treinamentos admissionais periódicos para a equipe de funcionários temporários 3. Não há dotação orçamentária para treinamento no nível local 	9	10
Plano de carreira	Conjunto de políticas ligadas à ascensão do empregado dentro da organização.	Existência, para algumas funções, de programa de promoção interna.	Plano de carreira previsto em lei mas não empregado nas instituições.	11	12
Política salarial	Práticas e políticas ligadas à determinação do conjunto de recompensas quantificáveis que o empregado recebe pelo seu trabalho (<i>remuneração básica – salário base; incentivos salariais – bônus, participação nos resultados; e remuneração indireta – benefícios</i>).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faixas salariais consideradas compatíveis com o mercado 2. Programa de remuneração por desempenho em fase de projeto 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inexistência de uma política clara / consistente de cargos e salários 2. Pacotes salariais (salário-base + incentivos + benefícios) diferenciados em função do regime jurídico de contratação do funcionário 3. Funcionários de áreas administrativas: faixas salariais consideradas compatíveis com o mercado de trabalho 4. Funcionários de áreas técnicas: faixas salariais consideradas incompatíveis (abaixo) com o mercado de trabalho. 	13	14
Desligamento	Conjunto de práticas e políticas ligadas à demissão de empregados.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inexistência de estabilidade no emprego 2. Autonomia da gerência para demitir empregados 3. Agilidade no processo de desligamento de pessoal (para desligamento sem justa causa) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabilidade no emprego 2. Autonomia limitada da gerência para demitir funcionários (Impossibilidade de desligamento a não ser por falta considerada grave) 3. Morosidade no processo de desligamento de pessoal 	15	16

A subcategoria **autonomia para tomada de decisão** refere-se à liberdade do gestor de tomar decisões relativas ao gerenciamento de pessoas no nível organizacional. Os hospitais da administração direta seguem a legislação do setor público supracitada. Nesse sentido, os processos envolvendo pessoal dependem sempre de autorização de níveis superiores (SESSP; Governador do estado). Em contrapartida, a OSS conta com liberdade de decisão, desde que em cumprimento à CLT, o que iguala suas práticas de administração às adotadas no setor privado. Isso pode se refletir em agilidade, e muitas vezes, em assertividade do processo decisório, já que as instâncias inferiores têm contato direto com os problemas enfrentados pela organização.

No tocante ao **dimensionamento do quadro de pessoal**, destaca-se que os hospitais da administração direta possuem um padrão de lotação definido no momento de sua criação. Entende-se por lotação, o número de funcionários que devam ter exercício em determinada repartição ou serviço (SÃO PAULO, 1968). Esse padrão de lotação, de acordo com um dos gestores entrevistados, é definido em função do perfil assistencial da instituição, avaliações de demanda e recursos financeiros disponíveis a nível central. Alterações no quadro de pessoal são extremamente morosas, levando vários anos, dependendo de ato do governador de estado.

O quadro funcional da OSS também é determinado no momento de sua criação, em função dos itens destacados – atividade organizacional, demanda e recursos disponíveis. Entretanto, existe a possibilidade de alteração desse quadro a qualquer momento. Essa foi inclusive a realidade vivida pela OSS, quando a mesma optou pela terceirização dos serviços de segurança e higiene, dispensando os empregados do setor.

Em relação aos **regimes de contratação de mão-de-obra** existentes nas instituições, verificou-se que nos hospitais da administração direta investigados coexistem sete formas de admissão / administração de mão-de-obra.. Observam-se as ditadas pelas Leis 10.261/68, 500/74, 733/93 e pela CLT. Em adição, os hospitais contam com funcionários do extinto INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, funcionários municipais afastados para trabalhos nos hospitais estaduais e com mão-de-obra terceirizada. A multiplicidade de formas de admissão implica em diferenças de benefícios e de salários para uma mesma função desempenhada e, em última instância, em complexidade extra na administração dos recursos humanos.

Na OSS foram observadas duas formas de contratação de mão-de-obra – a celetista e a terceirizada (contratos de segurança, higiene, lavanderia etc. e as cooperativas médicas). Segundo um dos gestores entrevistados, essa combinação, aliada à dispensa de concurso público e à não estabilidade no emprego, conferem ao hospital agilidade e flexibilidade no processo decisório.

O processo de **recrutamento e seleção de pessoal** nos hospitais da administração direta ocorre de acordo com as exigências previstas em lei. O recrutamento é externo e feito por meio do Diário Oficial, não havendo possibilidade de recrutamento interno, com exceção dos cargos de confiança. A seleção, que é baseada no perfil técnico do candidato, é realizada sob a forma de concurso público de provas e títulos. Para o caso das contratações emergenciais há a possibilidade de utilização de entrevistas e análise curricular. As avaliações comportamentais são tidas como subjetivas na administração pública. Assim, não é possível avaliar comportamentalmente um candidato. Segundo os gestores entrevistados, o tempo médio de reposição de uma vaga por meio de concurso público é de 6 meses.

Na OSS existem duas formas de recrutamento de pessoal – a interna, por meio de programas de promoção, e a externa, que consiste na triagem de candidatos em um banco de currículos interno e anúncio de vagas em agências virtuais de emprego. A seleção é conduzida com base nos perfis técnico e comportamental dos candidatos e utiliza técnicas conjugadas, que podem variar dependendo do cargo ou função a ser preenchida – avaliação curricular, provas de conhecimento ou de capacidade (técnicas), entrevistas, testes de personalidade e dinâmicas de grupo. O preenchimento de uma vaga envolve, segundo o gestor de RH entrevistado, em média 30 a 40 dias.

As práticas de **treinamento e desenvolvimento de pessoal** nos hospitais da administração direta ficam restritas a disponibilização de treinamentos admissionais, envolvendo segurança no trabalho, controle de infecção hospitalar e aqueles relativos ao desempenho do cargo, na maioria das vezes. Não há uma dotação orçamentária específica na unidade destinada a treinamento e desenvolvimento de pessoal. Além disso, destaca-se que, devido à rotação anual da equipe contratada em regime temporário (Lei nº 733/93), há dificuldades consideráveis na qualificação de um corpo funcional permanente. Entretanto, segundo o diretor de enfermagem do hospital AD₁, existe a preocupação com a qualificação do pessoal, manifestada pela busca de bolsa de estudos e convênios com instituições de ensino por parte da diretoria.

A OSS realiza um programa anual de treinamento, elaborado com base em pesquisas feitas junto aos empregados, e destina parte do orçamento da organização à qualificação da mão-de-obra. Segundo os gestores entrevistados, existe um forte incentivo ao desenvolvimento do funcionário, sendo que a valorização da educação é uma característica marcante da mantenedora.

Nos hospitais da administração direta não existe **plano de carreira**, de acordo com informações dos gestores entrevistados. Assim, a ascensão na carreira só ocorre pela ocupação de cargos de confiança ou pela realização de um novo concurso público. Na OSS investigada existe um programa de promoção interna. Contudo, de acordo com o gerente de RH, a estrutura de cargos do hospital é enxuta e a possibilidade de ascensão é limitada a alguns cargos.

Entretanto, a Lei 10.261/68 prevê a promoção e em seu artigo 88 estabelece que essa promoção deverá ocorrer em função do merecimento e antiguidade do funcionário. O merecimento se refere a condições de eficiência no cargo. Provavelmente, esse desencontro de informações seja decorrente da não aplicação da lei. Este fato merece uma investigação mais aprofundada. Contudo, não consiste em objetivo desse trabalho.

Relativamente à existência de diferenças nas **políticas salariais** adotadas nas duas modalidades de gestão, destaca-se que não foi realizada uma comparação salarial. Assim, as conclusões obtidas na subcategoria são baseadas exclusivamente nas opiniões dos gestores das áreas envolvidas. Optou-se por não realizar uma pesquisa salarial tendo em vista as variações nas nomenclaturas de cargos e pacotes de benefícios existentes no mercado e as arbitrariedades que a comparação de valores sem um estudo minucioso de função e perfil exigido do cargo poderia acarretar.

De acordo com as opiniões emitidas pelos gestores dos hospitais pertencentes à administração direta, algumas considerações podem ser traçadas em relação à política salarial adotada. Em primeiro lugar, destaca-se que os salários de funcionários ligados a cargos das áreas administrativas (suporte) são considerados compatíveis com os observados no mercado. O mesmo não acontece com os salários pagos aos profissionais das áreas técnicas (assistenciais), cujos salários são considerados abaixo das faixas de remuneração observadas no mercado. Os gestores também alegaram não existir uma política consistente de cargos e salários, sendo que

o pacote salarial pago a uma determinada função (salário-base mais benefícios) varia de acordo com o regime de contratação do funcionário e, conseqüentemente, gera desmotivação. Em linhas gerais, são comuns as dificuldades na atração e retenção de funcionários nas áreas técnicas.

Os salários pagos na OSS são considerados pelos gestores compatíveis com os pagos no mercado. Além disso, foi destacado em entrevista que existe um programa de remuneração por desempenho sendo projetado com o auxílio de uma consultoria externa. Entretanto, vale destacar que a legislação limita os gastos com recursos humanos nesse tipo de entidade a 70% do orçamento (SÃO PAULO, 1998).

Referente ao **desligamento de pessoal**, a Lei nº 10.261/68 assegura estabilidade ao funcionário concursado com mais de dois anos de exercício. Além disso, estabelece que o funcionário estável só poderá ser demitido em virtude de sentença judicial ou mediante processo administrativo (SÃO PAULO, 1968). Assim, o gestor possui pouca autonomia para demitir de funcionários. O desligamento só ocorre em casos excepcionais, como por exemplo os de abandono de função, acúmulo de cargo, fora dos limites previstos em lei, ato de má fé contra o bem público.

Como a contratação de pessoal na OSS ocorre por CLT, as práticas de desligamento são as mesmas adotadas no setor privado. Existe facilidade e agilidade no processo de desligamento, que pode ocorrer em função de vários motivos, entre os quais incluem-se desmotivação para o trabalho, mudanças nos níveis de atividade ou ainda terceirização de áreas funcionais.

Podem ser destacadas algumas conseqüências das diferenças existentes entre as práticas adotadas pelas instituições na gestão de seus recursos humanos. Para a OSS, o gerenciamento de pessoal segue todas as regras do setor privado, isto é, conta-se com flexibilidade para adaptar o quadro de pessoal aos níveis de atividade e aos objetivos organizacionais. No caso dos hospitais da administração direta, existe pouca ou nenhuma autonomia para contratação, demissão de pessoal e aplicação de medidas corretivas. Há maior complexidade na gestão de pessoal, aparente desestímulo ao funcionário e, conseqüentemente, possível inadaptabilidade do quadro funcional ao nível de atividade e aos objetivos organizacionais.

Diante do exposto sobre a gestão de recursos humanos e financeiros nos hospitais da administração direta e na OSS, pode-se concluir que foram observadas as condições apontadas na literatura, de que às OSS são aplicáveis condições que lhes conferem flexibilidade na gestão comparativamente ao modelo público (VENTURA; IGARASI; LIMA, 1998; SANO, 2003; MODESTO, 1997; BARRETO, 1999). Essas condições gerais se traduzem, no dia-a-dia organizacional, em facilidades ao gestor da OSS e em uma série de impeditivos aos gestores dos hospitais públicos. Agora, resta constatar se apenas a diferença de modelos de gestão é capaz de explicar diferenças de desempenho em termos de produtividade, qualidade e satisfação da clientela.

5.4 Eficácia e Eficiência

Nessa categoria a eficácia e a eficiência das organizações foram investigadas. A eficácia pode ser entendida como o grau de correspondência entre os resultados alcançados pelos hospitais e aqueles desejados e/ou contratados. Os hospitais da administração direta não têm metas acordadas com a SESSP. Assim, somente o cumprimento das metas contratadas entre a OSS e a CCSS foi investigado.

A eficiência, por sua vez, corresponde ao alcance de determinado resultado em função da utilização dos recursos disponíveis. Nesse sentido, buscou-se, sempre que plausível, avaliar as atividades desempenhadas pelos hospitais em função dos recursos disponíveis e/ou utilizados. Devido às peculiaridades de cada modelo de gestão, e especialmente ao formato de apuração e apresentação de dados de cada instituição, o número de indicadores comparáveis e passíveis de utilização em um estudo comparativo foi significativamente reduzido.

Para compor as análises foram necessários os relatórios de acompanhamento do contrato de gestão e de atividades da OSS e os relatórios de atividades dos hospitais da administração direta. Além disso, foram solicitados os demonstrativos contábeis / orçamentários, o quadro de recursos humanos, distribuição de leitos e salas cirúrgicas, instalações para realização de exames e consultas ambulatoriais das instituições e informações de suporte coletadas das entrevistas.

5.4.1 Medidas de produção na atividade hospitalar

A produção de serviços à população por parte das instituições foi medida por meio do volume de atendimento em cada uma das modalidades assistenciais, conforme previsto no contrato de gestão e proposto por Bittar (2001). Os indicadores utilizados estão descritos no Quadro 18 que apresenta seis medidas de produção das diversas áreas assistenciais de uma instituição

hospitalar. Todavia, somente as quatro primeiras constituem itens do contrato de gestão e entram na ponderação no sistema de pagamento.

Quadro 18 - Indicadores de produção hospitalar

Atividade assistencial	Descrição	Medida de produção empregada
Atendimento hospitalar / internação	Conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde o momento de sua admissão no hospital até a alta hospitalar pela patologia atendida.	Número de saídas hospitalares
Atendimento ambulatorial	Primeira consulta realizada pelo paciente a um profissional de determinada especialidade, as consultas subsequentes (retornos) e as cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação.	Número de consultas
Atendimento de urgência / emergência	Atendimento não programado, prestado pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, seja de forma espontânea ou encaminhada pelo sistema de referência. Incluem consultas simples ou acompanhadas de procedimentos.	Número de atendimentos de urgência / emergência
Serviços Externos de apoio diagnóstico	Conjunto de exames realizados pelo hospital à rede assistencial do SUS.	Número de exames diagnósticos
Atividade cirúrgica	Procedimentos de natureza cirúrgica, de caráter eletivo ou emergencial, realizados no hospital. Nesse item estão incluídas as cirurgias de qualquer porte (grandes, médias e pequenas), com exceção das cirurgias ambulatoriais e dos procedimentos realizados como parte do atendimento de urgência / emergência.	Número de cirurgias
Atividade obstétrica	Conjunto de atividades obstétricas realizadas pelo hospital, incluindo partos normais, cesáreos e instrumentais.	Número de partos

FONTE: Da autora com base no contrato de gestão e em Bittar (2001).

Atividades cirúrgicas, obstétricas e de realização de exames a pacientes internos fazem parte do atendimento hospitalar (internação), isto é, consistem no conjunto de atendimentos e procedimentos empregados no diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar. Todavia, optou-se pela apresentação individualizada de dados dos centros cirúrgico e obstétrico tendo em vista que essas informações são fornecidas nos relatórios de

atividades das instituições e auxiliam no entendimento das atividades desempenhadas no hospital.

5.4.2 As metas do contrato de gestão

O cumprimento das metas acordadas entre a SESSP e a OSS foi investigado e está apresentado na Tabela 8, que descreve entre os anos de 2002 e 2004 o volume contratado e realizado pelo hospital em cada modalidade assistencial, assim como o percentual de diferença existente entre o previsto e o executado.

Tabela 8 - Acompanhamento das metas acordadas pela OSS, 2002 a 2004

Atividade / Ano	2002			2003			2004		
	Contr.	Realiz.	%	Contr.	Realiz.	%	Contr.	Realiz.	%
Internação	13.344	13.248	-0,72%	13.008	12.484	-4%	11.631	12.839	+10,4%
Consulta Ambulatorial	132.400	129.916	-1,88%	126.600	123.085	-2,8%	129.000	115.802	-10,2%
Cirurgia ambulatorial	7560	2546	-66,3%	2.682	2.711	+1,1%	2.760	2.407	-12,8%
Atendimento de Urgência	276.000	294.805	+6,81%	276.000	274.455	-0,6%	276.000	297.170	+7,7%
SADT Externo	479.052	762.515	+59,2%	256.806	270.706	+5,7%	174.345	219.269	+25,8%
Patologia clínica	445.980	643.767	+44,3%	240.000	252.458	+5,2%	152.205	197.204	+29,7%
Papanicolau	6.072	8.718	+43,6%	--	--	--	--	--	--
Mix de diagnoses	6.102	24.910	+308%	5.628	8.114	+44,2%	7.200	9.737	+35,2%
Anatomia patológica	0	15	--	--	--	--	--	--	--
Raio X	6.462	62.717	+871%	6.150	5.817	-5,4%	6.000	6920	+15,%
Ultrassom	13.170	16.751	+27,2%	3.558	2.915	-18,1%	7.500	4.952	-34%
Medicina nuclear in vivo	1.266	1.021	+8,1%	--	--	--	--	--	--
Tomografia	0	4.616	-	720	814	+13,1%	840	280	-66,7%
FAEC	-	-	-	750	588	-21,6%	600	176	-70,7%

FONTE: Da autora com dados dos relatórios de acompanhamento do contrato de gestão publicados no DOE/SP e disponibilizados pela instituição (OSS).

A observação da Tabela 8 permite o delineamento de algumas considerações. Destaca-se que um desvio de 15% (a menor) no volume de atividades está previsto no contrato de gestão,

conforme destacado na parte teórica deste trabalho, para o qual a OSS não sofre descontos no orçamento. Nesse sentido, salvo exceções pontuais, notadamente na realização de exames diagnósticos, a organização tem cumprindo suas metas assistenciais, visto que desvios como os observados no ano de 2004, por exemplo, de superação em 10% das metas contratadas na área de internação, ou de uma diferença a menor, também de cerca de 10% na realização de consultas ambulatoriais são considerados no contrato. O cumprimento das metas e a preocupação dos gestores com essa tarefa são confirmados pelos relatos a seguir, assim como o repasse dos recursos por parte da SESSP:

[sobre o cumprimento das metas] [...] em ambos os casos, historicamente tanto o Estado quanto o hospital. Nós temos fechado inclusive todos esses anos as análises finais da secretaria, nós recebemos sempre os nossos parabéns pelas metas cumpridas bem dentro do contrato de gestão. E eu também dou a eles, porque eles têm cumprido a parte deles. [Diretor Administrativo, OSS].

Uma coisa que se diga também é que o Estado também tem cumprido à risca o que foi acordado. Então, não só os repasses mensais do orçamento são feitos de uma forma bastante correta, como os extrapolados que o contrato de gestão presume que se houver contemplem um pagamento, assim o Estado também se portou. [Diretor Administrativo, OSS].

Uma comissão, por exemplo, que a gente tem e que é muito importante, chama-se NIS (Núcleo de Informação de Saúde). O NIS se compõe de vários profissionais [...]. Em que a cada 10 dias se analisa todos os dados da nossa meta, dos últimos 10 dias. [Diretor Administrativo, OSS].

Então, a gente tem uma preocupação muito grande no cumprimento das metas. O que não é difícil, porque a demanda sempre é muito grande. [Diretor Assistencial, OSS].

Observa-se que de forma geral, nas atividades de internação, urgência e ambulatório não há um desvio expressivo entre o acordado e o cumprido, o que reflete sintonia na contratação de metas. Entretanto, o mesmo não pode ser aplicado à realização de exames diagnósticos, atividade na qual a diferença entre contratado e realizado chega à ordem de nove vezes. Considerando as atividades de realização de exames como um todo, percebe-se na Tabela 8 que houve uma superação das metas em 59,2%, 5,7% e 25,8% nos anos de 2002, 2003 e 2004 respectivamente. Esses desvios podem ser explicados com o auxílio de informações fornecidas pelo diretor da instituição em entrevista. Segundo ele ocorrem, não raras vezes, situações estranhas ao previsto que exercem impacto direto no funcionamento do hospital. Entre essas situações foram destacados problemas na rede assistencial do SUS nos quais a SESSP pediu auxílio à OSS para o atendimento à população e foram necessárias negociações de aportes adicionais de recursos:

O laboratório de [citou um distrito administrativo vizinho], que é do Estado, que atende uma série de unidades [...] análises clínicas... teve um problema elétrico nas máquinas, se não me engano, e uma parte parou completamente, outros kits ficaram retidos em portos [...]. O que aconteceu? Ele parou praticamente o funcionamento. Então, o Estado liga para o [nome do hospital] e fala "[Hospital], nos socorra agora, por favor". Tá bom. Então, eu sai de um atendimento meu, externo, de 16 mil exames para um previsão de 30 mil. [...] É, só o que ocorreu, do nada... Então é uma situação completamente imprevisível. Então, se negocia isso [...]. Vou lá para negociar. [Diretor Administrativo, OSS].

Os dados de produção de serviços dos três hospitais nos anos de 2002, 2003 e 2004 estão agrupados na Tabela 9. A Tabela 9 também contém as despesas totais incorridas pelos hospitais nos anos de 2002 a 2004.

Tabela 9 - Produção de serviços de saúde, AD e OSS, 2002-2004

Atividade	Período	AD1	AD2	OSS
Saídas hospitalares	2002	11.216	6.034	13.248
	2003	11.033	6.604	12.484
	2004	10.242	6.294	12.839
Consultas ambulatoriais	2002	29.623	44.478	129.916
	2003	29.066	43.219	123.085
	2004	31.851	47.387	115.802
Atividades de urgência	2002	202.820	233.945	294.805
	2003	180.298	237.800	274.455
	2004	157.115	209.194	297.170
SADT Externo	2002	29.582	24.061	762.515
	2003	28.968	23.373	270.706
	2004	32.639	40.538	219.269
Atividade cirúrgica	2002	3.177	1.813	6.396
	2003	3.476	1.537	3.458
	2004	3.491	1.280	3.849
Atividade obstétrica	2002	3.297	2.025	3.700
	2003	2.593	1.770	3.140
	2004	2.721	2.013	2.544
Despesa total	2002	31.140.720	32.895.955	45.348.626
	2003	34.655.053	35.067.031	45.929.334
	2004	37.923.821	39.009.161	54.203.184

FONTE: Da autora com base nos relatórios de atividades de demonstrativos financeiros / orçamentários fornecidos pelas instituições, AD₁, AD₂ e OSS, 2002-2004¹⁸.

¹⁸ Ressalta-se que, para o hospital AD₂, não se dispõe dos dados de produção dos meses de novembro e dezembro de 2004. Esses valores foram estimados com base na média mensal verificada nos demais meses do ano.

Adicionalmente, a Ilustração 2 esquematiza os dados constantes na Tabela 9, com o intuito de visualizar as diferenças nos volumes de serviços prestados pelos hospitais.

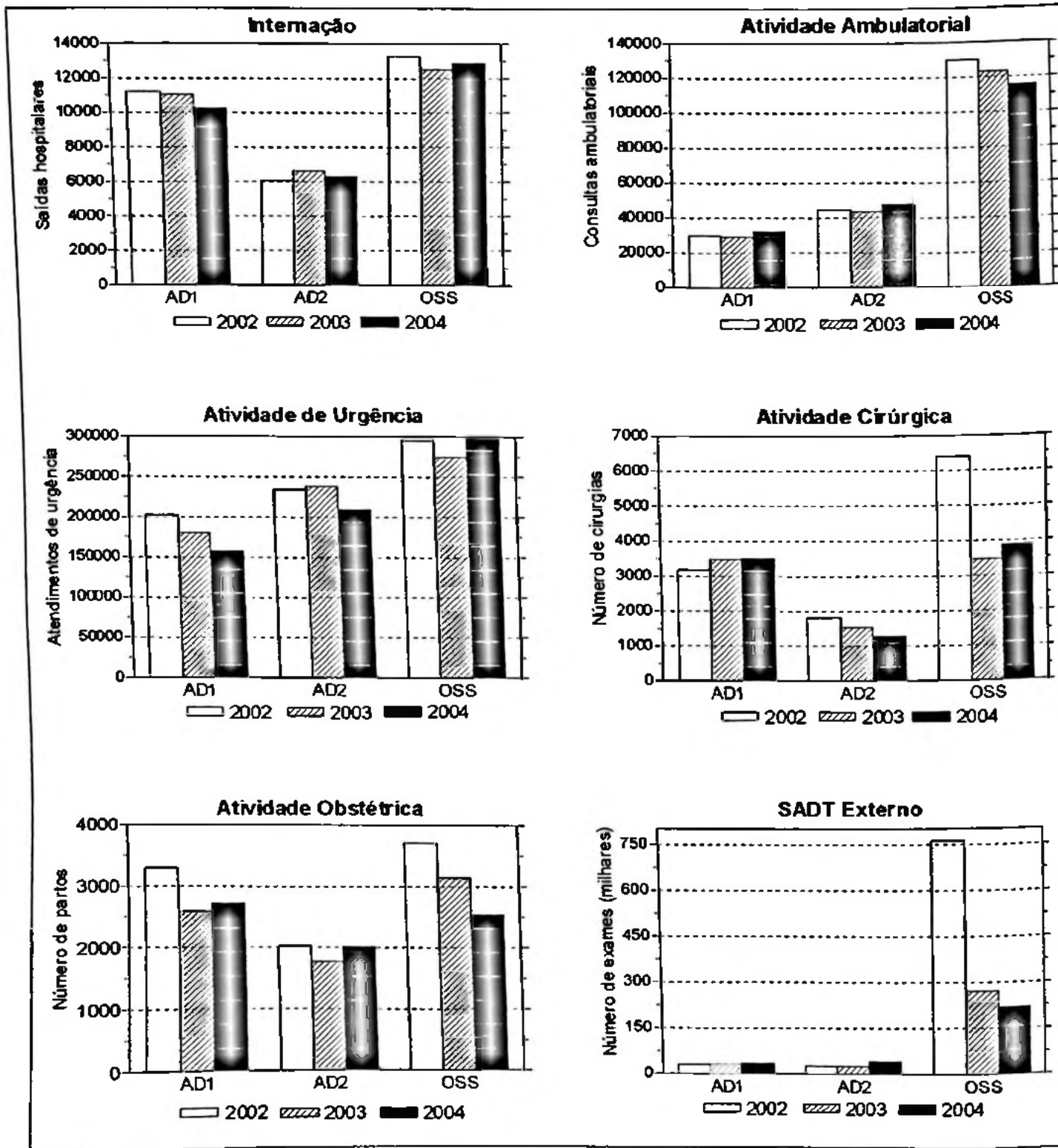


Ilustração 2 - Produção de serviços de saúde, AD e OSS, 2002-2004

FONTE: Da autora com base nos relatórios de atividades das instituições, AD₁, AD₂ e OSS, 2002-2004

Pela observação da Tabela 9 e da Ilustração 2, percebe-se que, de maneira geral, a OSS apresenta níveis superiores de atividades em relação aos hospitais da administração direta, notadamente nas áreas ambulatoriais, de emergência e na realização de exames diagnósticos para a rede do SUS (SADT Externo). Nas atividades de internação, cirúrgica e obstétrica, a diferença entre o volume de serviços prestados na OSS e no hospital AD₁ não é expressiva. Percebe-se também que os hospitais apresentam padrões diferenciados quanto ao volume de atividades. Comparando-se os dois hospitais da administração direta, nota-se que no AD₁, são mais expressivas as atividades de internação, cirúrgica e obstétrica. No hospital AD₂ os atendimentos ambulatorial e de emergência são sensivelmente mais elevados.

Quando o nível de atividade é comparado ao montante total despendido pela organização, nota-se que as cifras são superiores na OSS, conforme observado na Tabela 9 e na Ilustração 3. Também se pode afirmar que as despesas mostraram-se ligeiramente superiores no hospital AD₂ em comparação ao AD₁.

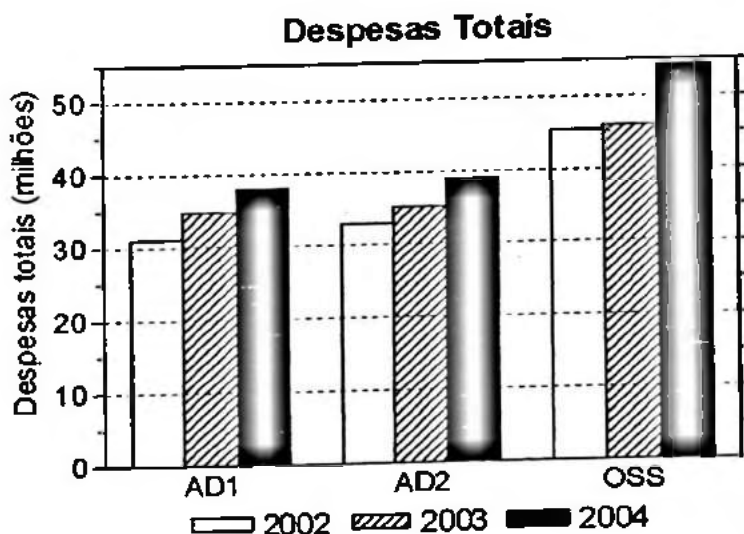


Ilustração 3 - Despesas totais dos hospitais, AD₁, AD₂ e OSS, 2002 a 2004

FONTE: Da autora com base nos dados orçamentários / financeiros fornecidos pelas instituições

Em relação à Ilustração 3, destaca-se que os valores incluem somente as despesas de custeio da atividade hospitalar. Assim, foram descontados dos orçamentos os gastos com material permanente. Nos demonstrativos dos hospitais da administração direta foram considerados os valores executados no período.

Percebe-se que houve, durante o período analisado, um incremento ano a ano dos gastos, nas três instituições, não acompanhado por aumentos no nível de produção. Este fato, provavelmente, é decorrente de reajustes nos contratos, materiais de consumo, medicamentos etc. Pode-se afirmar também que, assim como os níveis de atividade são diferenciados, os orçamentos também se apresentam em patamares diferentes nas três instituições.

5.4.3 Indicadores de produtividade

Inúmeros indicadores de eficiência organizacional no uso dos recursos podem ser utilizados. Dentre esses indicadores, é possível considerar os relativos a custos como sendo completos, pois representam o valor de todos os recursos consumidos na produção de um bem ou serviço. Entretanto, tendo em vista que as atividades de internação, consultas ambulatoriais, atendimentos de emergência, realização de cirurgias envolvem diferentes níveis de complexidade e gastos de recursos, não é possível, com base nos dados de produção e orçamentários fornecidos pelos hospitais e demonstrados na Tabela 9 e nas Ilustrações 2 e 3 traçar indicativos de maior custo deste ou daquele modelo de gestão.

Além disso, destaca-se que mesmo para instituições que apresentam níveis compatíveis de atividades nas áreas assistenciais, seria arbitrário atribuir a essa ou aquela organização o título de mais “custosa” sem a devida apuração dos custos por procedimentos. Deve-se levar em consideração que existe uma ampla gama de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, envolvendo níveis também variados de complexidade.

A apuração dos custos hospitalares não consiste em tarefa simples e deve ser baseada em um eficiente e completo sistema de informações dada a diversidade de procedimentos realizados. Especialmente no setor hospitalar, os custos indiretos¹⁹ representam parcela considerável dos custos totais, o que pode envolver a utilização de diferentes critérios de rateio, distorcendo os resultados obtidos. Dessa forma, somente com o suprimento de informações adequadas e c

¹⁹ Martins (2003) define os custos indiretos como aqueles que não oferecem condição de uma medida objetiva e qualquer tentativa de alocação tem de ser feita de maneira estimada e muitas vezes arbitrária.

emprego de um mesmo método de custeio nas instituições seria possível traçar tais indicadores.

Levando-se em conta as restrições acima apontadas, quanto à impossibilidade de utilização de indicadores de custos e os padrões de terceirização de serviços diversos verificados nas instituições pesquisadas, optou-se pela utilização conjunta de quatro indicadores de produtividade tradicionalmente usados por instituições hospitalares e já apontados por Bittar (1996; 2001) e Zucchi *et all* (1998), a saber – a taxa de ocupação dos leitos, o índice de rotatividade, o intervalo de substituição e a taxa média de permanência. Segundo os autores, esses indicadores têm sido usados para medir a utilização de leitos e avaliar o desempenho de hospitais.

Adicionalmente, os autores sugerem o emprego da relação funcionários/leitos como medida da produtividade da mão de obra. Entretanto, como já observado, os hospitais não apresentam o mesmo padrão de terceirização de pessoal. Na administração direta, verificou-se a terceirização de serviços administrativos, a saber, vigilância, nutrição, lavanderia e manutenção. Na OSS, por outro lado, verificou-se a contratação na área de apoio, mas especialmente na área assistencial – toda a parte de laboratório, a radiologia (técnicos e médicos) e corpo clínico (praticamente todos os médicos da instituição, com exceção da diretoria).

A contratação na área assistencial é feita, na maior parte dos casos, por meio de pessoas jurídicas, que ficam responsáveis por determinado número de procedimentos, não importando o total de profissionais cadastrados para desempenho das funções. Além disso, o corpo clínico de um hospital representa parcela significativa da mão-de-obra. Assim, optou-se por não utilizar o indicador funcionários / leitos no presente estudo.

Como a equipe de enfermagem é própria nos três casos e representa enquanto categoria profissional, o maior contingente de mão-de-obra de um hospital, julgou-se mais apropriado o cálculo da relação enfermeiro/leito e equipe de enfermagem/leito. Na equipe de enfermagem estão incluídos os profissionais de nível superior, os técnicos e os auxiliares de enfermagem contratados pela instituição. O Quadro 19 apresenta os indicadores de produtividade utilizados para a área de internação. Esse quadro foi elaborado no sentido de elucidar os indicadores de produtividades utilizados. Assim, conforme pode ser observado, contém os

indicadores, seus significados e formas de cálculos e os critérios a serem empregados na avaliação dos números apurados.

Quadro 19 - Descrição dos indicadores de produtividade utilizados na análise

Indicador	Descrição	Fórmula de cálculo	Critério de avaliação
Taxa de ocupação	Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período.	$\frac{\text{Média de pacientes / dia}}{\text{Nº leitos operacionais}} \times 100$	Quanto maior, melhor
Índice de rotatividade	É a relação entre o número de pacientes que saíram do hospital (altas e óbitos) durante determinado período e o número de leitos postos à disposição, no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado.	$\frac{\text{Saídas hospitalares / período}}{\text{Leitos operacionais / período}}$	Quanto maior, melhor
Índice de intervalo de substituição	Assinala o tempo médio em que um leito, berço ou incubadora permanece desocupado, entre a saída de um paciente do serviço e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.	$\frac{\text{Taxa Desocupação} \times \text{Média de Permanência}}{\text{Taxa de ocupação}}$	Quanto menor, melhor
Média de permanência	Relação numérica entre o total de pacientes-dia num determinado período, e o total de pacientes saídos (altas e óbitos).	$\frac{\text{Nº pacientes-dia / período}}{\text{Saídas hospitalares / período}}$	Quanto menor, melhor
Relação equipe de enfermagem por leito	Número total de funcionários da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) no período em relação ao número de leitos existentes em operação no mesmo período.	$\frac{\text{Nº Func. Equipe enfermagem}}{\text{Leitos operacionais}}$	Quanto menor, melhor
Relação enfermeiro por leito	Número total de enfermeiros no período em relação ao número de leitos existentes em operação no mesmo período.	$\frac{\text{Nº Enfermeiros}}{\text{Leitos operacionais}}$	Quanto menor, melhor

FONTE: Da autora com base em MINISTERIO DA SAUDE (2002).

Tendo em vista que os hospitais em estudo não diferem substancialmente em termos de porte, complexidade e clientela atendida, acredita-se que a utilização conjunta desses indicadores forneça um quadro da utilização eficiente dos leitos e, conseqüentemente, da produtividade hospitalar, conforme já observado por Bittar (1996; 2001) e Zucchi *et al* (1998). Assim, é possível, no tocante aos indicadores, considerar mais produtivo o hospital que apresentar maior taxa de ocupação, maior índice de rotatividade, menor índice de intervalo de substituição e menor número de enfermeiros e funcionários da equipe de enfermagem por leito. A Ilustração 4 apresenta os resultados apurados para as três instituições em questão.

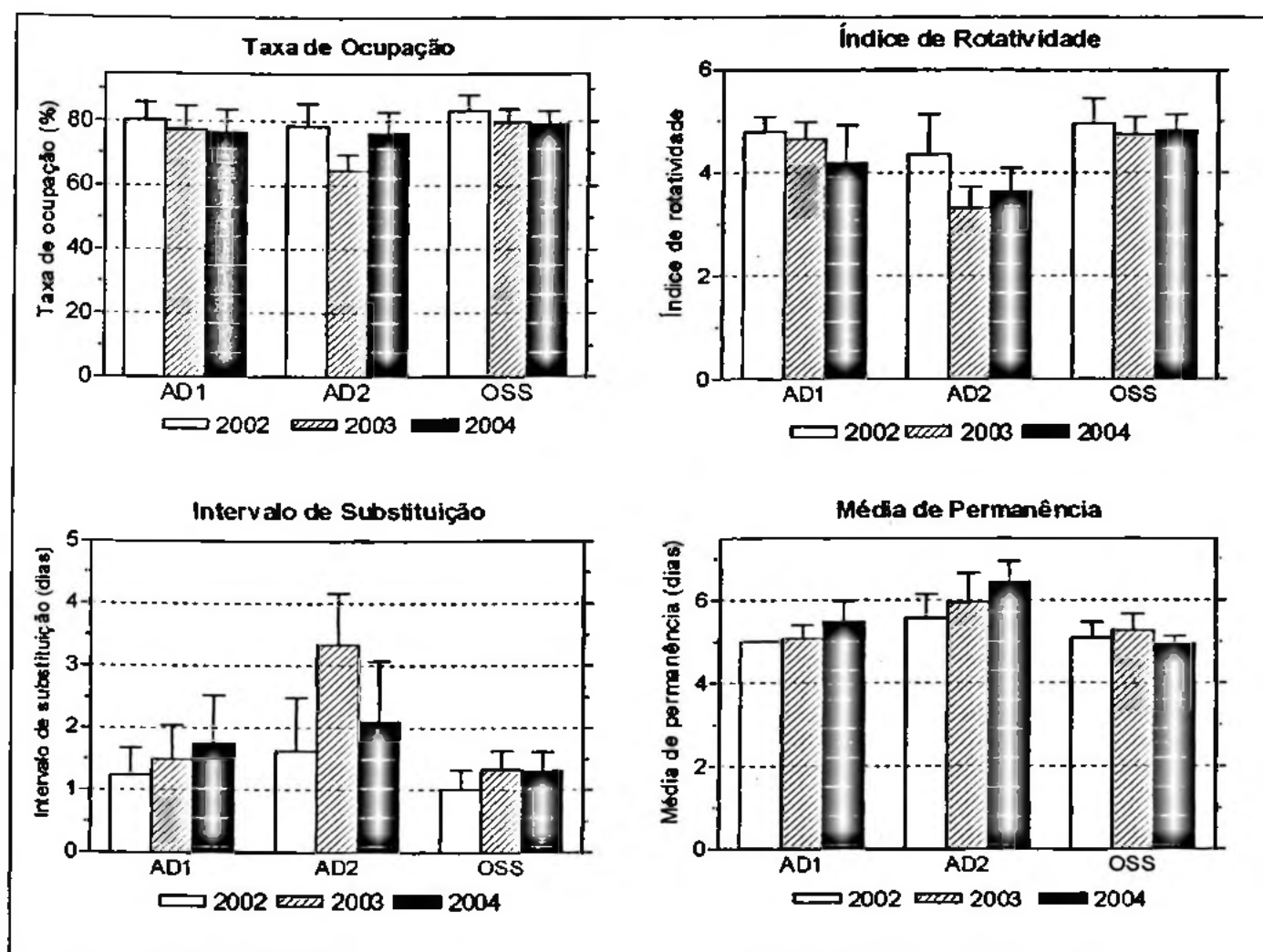


Ilustração 4 - Comparativo dos indicadores de produtividade na área de internação, AD e OSS, 2002 a 2004

FONTE: Da autora, com base nos dados dos relatórios de atividades das instituições, AD₁, AD₂ e OSS, 2002-2004²⁰.

²⁰ Para o hospital AD₂ no ano de 2004, os valores representam a média entre janeiro e outubro.

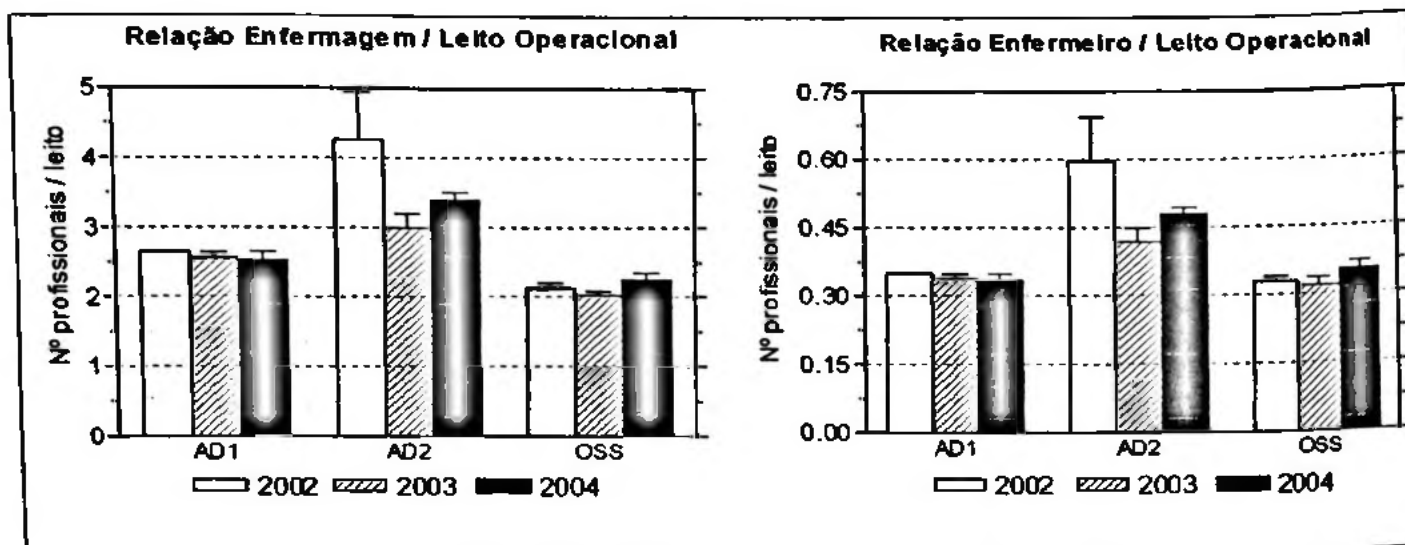


Ilustração 4 - Comparativo dos indicadores de produtividade na área de internação, AD e OSS, 2002 a 2004 (Continuação)

FONTE: Da autora com base nos dados dos relatórios de atividades das instituições, AD₁, AD₂ e OSS, 2002-2004.

Relativamente à Ilustração 4, destaca-se que os seis indicadores calculados são baseados na capacidade operacional dos hospitais e não na capacidade instalada. Optou-se pela utilização dos leitos em operação para os cálculos pois esta é a medida comum usada pelos três hospitais. Além disso, não foram disponibilizados os leitos projetados da OSS. Entretanto, deve-se considerar que o hospital AD₁ trabalhou, no período estudado, no limite da capacidade instalada, ou seja, com todos os leitos planejados em operação.

Por outro lado, o hospital AD₂ apresentou taxas de ativação²¹ dos leitos por volta de 64% em 2002, elevando este valor para 81% em 2003 e voltando a cair para 70% em 2004, o que representa uma capacidade ociosa média de 30% no período considerado. Segundo um dos diretores entrevistados no hospital AD₂, a taxa de ativação é função não somente da capacidade instalada (leitos projetados), mas também da mão-de-obra. Assim, frente às deficiências no quadro de pessoal e a políticas inadequadas de recursos humanos, há necessidade de “fechamento” de leitos.

Em relação à OSS, dados precisos não foram fornecidos sobre a capacidade máxima instalada. Entretanto, segundo um dos diretores entrevistados, o hospital conta com uma unidade semi-intensiva desativada. Assim, ainda que os indicadores calculados tenham sido baseados na

²¹ Por ativação entende-se o total de leitos operacionais dividido pelos leitos instalados.

capacidade operacional e forneçam um quadro sobre a utilização dos leitos nas instituições, acredita-se que não sejam capazes de representar toda a ineficiência existente em relação à utilização do equipamento público presente no hospital AD₂ e na OSS.

No tocante à taxa de ocupação de leitos, percebe-se que, embora a diferença entre as três instituições não seja grande, a OSS apresenta valores ligeiramente superiores aos dos outros hospitais (83,5% para 2002, 80% em 2003 e 79% em 2004, o que resulta em ocupação média de 81% no período). Já o hospital AD₁ apresentou uma taxa de 78,3% no período (80,4% em 2002, 78% em 2003 e 76,6% em 2004). O hospital AD₂, por sua vez, apresentou as taxas mais baixas – 78,5% em 2002, 64% em 2003 e 76,3% em 2004, o que lhe confere uma taxa de ocupação média de 72,9% no período considerado. Os valores observados na OSS encontram-se dentro da faixa desejável de acordo com o Ministério da Saúde (2002), de 80 a 85% de ocupação.

O índice de rotatividade também representa a utilização do leito hospitalar. Para esse índice, percebe-se que não há grandes diferenças entre o hospital AD₁ (4,8; 4,64, e 4,20 em 2002, 2003 e 2004, respectivamente) e a OSS (5,0; 4,75 e 4,84 em 2002, 2003 e 2004), com uma ligeira vantagem para a OSS. Já o hospital AD₂ apresenta índices mais baixos, especialmente nos anos de 2003 (de 3,32) e 2004 (no valor de 3,63), demonstrando menor renovação dos leitos no período considerado.

Quanto ao intervalo de substituição, isto é, a ociosidade dos leitos entre a saída de um paciente e a entrada de outro, não existem diferenças expressivas entre o hospital AD₁ (1,24 em 2002; 1,49 em 2003 e 1,75 em 2004), e a OSS (1,01 para 2002; 1,34 em 2003 e 1,32 em 2004), com ligeira vantagem para a OSS. Mais uma vez também, o hospital AD₂ apresenta índices inferiores, notadamente em 2003, quando em média, havia um intervalo de 3,3 dias entre a alta de um paciente e ocupação do leito hospitalar por outro. Em 2002, esse valor foi de 1,63 e em 2004 de 2,1 dias.

A média de permanência apresenta-se, nos três anos analisados, superior e crescente no hospital AD₂. Esse indicador foi de 5,6 dias em 2002, 6 em 2003 e 6,5 em 2004. Segundo dados do Ministério da Saúde (2002), a média de permanência hospitalar para o ano de 1999 foi de 5,98 dias na rede do SUS no Brasil. Assim, embora o hospital AD₂ não esteja distante

dos padrões nacionais, esse índice demonstra, certa ineficiência da unidade hospitalar, comparativamente às demais, já que não há grau de complexidade maior envolvido no atendimento. Para o hospital AD₁ (5,0; 5,8 e 5,48 em 2002, 2003 e 2004) e a OSS (5,1; 5,27 e 4,96, nos anos analisados) não existem diferenças expressivas nos indicadores.

A relação entre o número de funcionários da equipe de enfermagem pelo número de leitos mostra-se consideravelmente maior no hospital AD₂, que apresentou em 2002 uma relação média de 4,3 funcionários por leito, em contraposição a 2,65 no hospital AD₁ e 2,13 na OSS. Em 2003 os números foram de 2,02 na OSS, 2,6 no hospital AD₁ e de 3 no hospital AD₂. Em 2004, novamente volta a aparecer uma diferença maior entre os hospitais, com a OSS e o hospital AD₁ apresentando 2,25 e 2,55 funcionários por leito, respectivamente e o hospital AD₂, em seu turno, 3,4 funcionários/leito. Na relação enfermeiro / leito não foram observadas diferenças expressivas entre o hospital AD₁ e a OSS. Já o hospital AD₂ apresenta uma relação ligeiramente superior. Esses dados contradizem as declarações de um dos diretores do hospital AD₂, de que deficiências no quadro de recursos humanos levam ao fechamento de leitos, já que dentre as três instituições, o AD₂ apresenta os índices mais elevados.

Destaca-se que, referente ao quadro de pessoal da enfermagem, foi disponibilizada a quantidade de funcionários por categoria profissional em novembro de 2004 para os dois hospitais da administração direta. Não se dispõe da série histórica de pessoal (2002 a 2004). Entretanto, tendo em vista que, segundo todos os gestores da administração direta entrevistados, o quadro de pessoal é fixo, utilizou-se o mesmo quadro de pessoal de 2004 para os anos de 2002 e 2003. Considera-se que mesmo que uma pequena alteração tenha ocorrido, ela não seria capaz de alterar substancialmente os indicadores apurados. Para a OSS foi necessária a obtenção do quadro de pessoal mês a mês, dada a flexibilidade existente.

A análise conjunta desses seis indicadores permite avaliar o hospital AD₂ como tendo a menor produtividade. O desempenho do hospital AD₁ e da OSS não apresenta diferenças expressivas. Destaca-se que, em alguns casos, as diferenças apresentadas foram sutis. Assim, não teria sido possível avaliar a situação de forma consistente com a utilização de apenas um indicador. Este fato reforça a necessidade da utilização conjunta de indicadores quando se deseja obter um quadro mais fiel da situação de uma instituição.

Diante do exposto nessa categoria, sobre a eficácia e a eficiência dos hospitais, alguns comentários podem ser delineados. A OSS estudada é considerada eficaz, visto que cumpre as metas acordadas com a SESSP. Já a análise de eficiência / produtividade ficou limitada a alguns indicadores pois, como já observado anteriormente, sem o emprego de uma mesma metodologia de apuração de custos e da comparação de custos por procedimentos, não é possível se atribuir a um ou outro modelo o título de “mais econômico”. Além disso, os indicadores utilizados estão também limitados às áreas abrangidas, isto é, de atividades de internação. Entretanto, com base nos indicadores utilizados não é possível atribuir a um ou outro modelo de gestão por si só, uma maior produtividade.

5.5 Qualidade dos serviços prestados

Nessa categoria a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais foi analisada. A qualidade analisada nesse ponto do trabalho pode ser entendida como a ausência de defeitos, confiabilidade e segurança no uso. A seguir, no item 5.6 a qualidade percebida pelo cliente relativamente os serviços prestados será investigada. O cumprimento de metas relativas a indicadores de qualidade constitui item obrigatório do contrato de gestão.

Nesse sentido, no contrato firmado em 1998 entre a OSS e a CCSS foram estabelecidos três indicadores de qualidade dos serviços a serem apurados e apresentados pela OSS – taxa de cesárea (inferior a 30%), taxa de infecção hospitalar (inferior a 5%) e taxa de letalidade hospitalar (ou taxa de mortalidade geral, inferior a 10%). Entretanto, ao longo do período compreendido entre os anos de 1998 e 2004, houve um rodízio dos indicadores de qualidade exigidos da instituição.

Para compor essa categoria foram necessários o contrato de gestão, os termos aditivos que alteraram os indicadores de qualidade exigidos pelo executivo entre os anos de 2002 e 2004 e os relatórios de atividades dos hospitais AD₁ e AD₂ e da OSS. Além disso, foram realizadas entrevistas com os gestores das instituições, indagando-se sobre os indicadores e práticas/políticas ligadas à qualidade na instituição.

Os indicadores usados na análise comparativa referem-se aos anos de 2002 a 2004. O Quadro 20 mostra, para esse período, os indicadores de qualidade apurados e disponibilizados pelas instituições e aqueles que foram eleitos para utilização na presente análise.

Ano/Hosp.	AD1	AD2	OSS	Indicadores usados na comparação
2002	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taxa de infecção hospitalar 2. Taxa de cesárea 3. Taxa de mortalidade geral 4. Taxa de mortalidade institucional ou hospitalar (>48 horas) 7. Média de permanência 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taxa de cesárea 2. Taxa de mortalidade geral 3. Taxa de mortalidade institucional ou hospitalar (>48 horas) 4. Média de permanência 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taxa de resolutividade do Serviço de Atenção ao Usuário / Ouvidoria 2. Taxa de infecção hospitalar em obstetria 3. Taxa de prontuários completos 4. Taxa de óbitos analisados pela Comissão de óbitos 5. Taxa de cesárea 6. Taxa de mortalidade geral 7. Média de permanência 8. Taxa de infecção hospitalar 	<p>Para as três instituições:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Taxa de cesárea 2. Taxa de mortalidade geral 3. Média de permanência <p>Comparação entre AD₁ e OSS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Taxa de infecção hospitalar
2003	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taxa de infecção hospitalar 2. Taxa de cesárea 3. Taxa de mortalidade geral 4. Taxa de mortalidade institucional ou hospitalar (>48 horas) 5. Média de permanência 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taxa de resolutividade do Serviço de Atenção ao Usuário / Ouvidoria 2. Taxa de infecção hospitalar em UTI adulto 3. Taxa de prontuários completos 4. Taxa de óbitos analisados pela Comissão de óbitos 5. Taxa de cesárea 6. Média de permanência 7. Taxa de mortalidade geral 8. Taxa de mortalidade institucional ou hospitalar (>48 horas) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taxa de resolutividade do Serviço de Atenção ao Usuário / Ouvidoria 2. Taxa de infecção hospitalar em UTI adulto 3. Taxa de prontuários completos 4. Taxa de óbitos analisados pela Comissão de óbitos 6. Taxa de mortalidade operatória 7. Média de permanência depurada (parto normal e cesárea) 8. Controle da origem de pacientes 9. N° de AIH's apresentadas com diagnóstico secundário 10. N° de AIH's apresentadas com CEP correto 11. N° de AIH's apresentadas com diagnóstico principal de cesárea 12. Taxa de cesárea 13. Taxa de mortalidade geral 14. Média de permanência 15. Taxa de infecção hospitalar 	<p>Para as três instituições:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Taxa de cesárea 2. Taxa de mortalidade geral 3. Média de permanência <p>Comparação entre AD₁ e OSS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Taxa de infecção hospitalar <p>Comparação entre AD₂ e OSS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Taxa de resolutividade do Serviço de Atenção ao Usuário / Ouvidoria 2. Taxa de prontuários completos 3. Taxa de óbitos analisados pela Comissão de óbitos
2004	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taxa de infecção hospitalar 2. Taxa de cesárea 3. Taxa de mortalidade geral 4. Taxa de mortalidade institucional ou hospitalar (>48 horas) 5. Média de permanência 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taxa de cesárea 2. Taxa de mortalidade geral 3. Taxa de mortalidade institucional ou hospitalar (>48 horas) 4. Média de permanência 6. Taxa de infecção hospitalar 7. Taxa de resolutividade do Serviço de Atenção ao Usuário / Ouvidoria 8. Taxa de prontuários completos 9. Taxa de óbitos analisados pela Comissão de óbitos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taxa de mortalidade institucional (> 24 h) e não institucional (< 24 h) 2. Taxa global de mortalidade 3. Taxa de cesárea 4. Taxa de infecção hospitalar 5. Média de permanência 6. Média de permanência depurada (parto normal e cesárea) 7. Taxa de infecção hospitalar em UTI adulto 8. Taxa de mortalidade operatória 9. Controle de origem de pacientes 10. Pesquisa de satisfação 11. Controle de origem de pacientes 	<p>Para as três instituições:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Taxa de infecção hospitalar 2. Taxa de cesárea 3. Taxa de mortalidade geral 4. Média de permanência

É importante destacar que os indicadores média de permanência, taxa de infecção hospitalar, taxa geral de mortalidade e taxa de cesárea não constituem itens obrigatórios do contrato de gestão para o período analisado. Entretanto, ainda que não sejam itens de apuração compulsória, foram disponibilizados pela OSS em seu relatório de atividades, possibilitando a realização do estudo comparativo, o qual não teria sido possível dada a disparidade existente entre os indicadores apurados nas instituições da administração direta e aqueles exigidos das organizações sociais.

O Quadro 21 apresenta uma descrição detalhada de cada indicador utilizado no estudo comparativo. Esse quadro foi elaborado com a preocupação de se evitar a ocorrência de comparações errôneas decorrentes de possíveis diferenças existentes entre os índices apurados pelas instituições. Nesse sentido, o quadro contém os indicadores eleitos para comparação, uma breve descrição de seu significado, sua fórmula de cálculo e o critério de avaliação a ser usado quanto ao número apurado. Adicionalmente, os critérios utilizados pelas instituições para o cálculo dos indicadores foram conferidos nos relatórios de atividades disponibilizados. Alguns indicadores, em determinados períodos e instituições precisaram ser calculados pela autora.

Quadro 21 - Indicadores de qualidade eletos para comparação entre as instituições

Indicador	Descrição	Fórmula de cálculo	Critério de avaliação
Taxa de infecção hospitalar	Relação percentual entre o número de infecções adquiridas pelo paciente, durante sua permanência no hospital, em determinado período, e o número de pacientes saídos (altas e óbitos) no mesmo período.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Infecções / período}}{\text{Saídas hospitalares / período}} \times 100$	Quanto menor, melhor
Taxa de cesárea	Relação percentual entre o número de cesáreas ocorridas durante determinado período, no hospital, e o número de partos no mesmo período.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas / período}}{\text{N}^\circ \text{ de partos / período}} \times 100$	Quanto menor, melhor
Taxa de mortalidade geral	Relação percentual entre o número de óbitos ocorridos durante determinado período no hospital e o número de pacientes saídos (altas e óbitos) no mesmo período.	$\frac{\text{Óbitos no hospital / período}}{\text{Saídas hospitalares / período}} \times 100$	Quanto menor, melhor
Média de permanência	Relação numérica entre o total de doentes - dia num determinado período, e o total de doentes saídos (altas e óbitos)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes-dia / período}}{\text{Saídas hospitalares / período}}$	Quanto menor, melhor
Taxa de óbitos analisados pela Comissão de Óbitos	Relação percentual entre o número de óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbitos em determinado período e o total de óbitos ocorridos na instituição no mesmo período	$\frac{\text{N}^\circ \text{ óbitos analisados / período}}{\text{N}^\circ \text{ óbitos ocorridos / período}} \times 100$	Quanto maior, melhor
Taxa de prontuários completos	Relação percentual entre o número de prontuários revisados pela Comissão de Revisão de Prontuário com relatórios completos em determinado período e o total de prontuários revisados no mesmo período	$\frac{\text{N}^\circ \text{ prontuários completos}}{\text{N}^\circ \text{ prontuários revisados}} \times 100$	Quanto maior, melhor
Taxa de resolutividade do SAU / Ouvidoria	Relação percentual entre o número de queixas resolvidas pelo serviço em determinado período e o número total de queixas recebidas no mesmo período	$\frac{\text{N}^\circ \text{ queixas resolvidas}}{\text{N}^\circ \text{ queixas recebidas}} \times 100$	Quanto maior, melhor

FONTE: Da autora com base em MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002).

Embora a média de permanência constitua um indicador tipicamente classificado como indicador de produtividade (ZUCCI; BITTAR; HADDAD, 1998), optou-se pela apresentação desse índice também como um avaliador, ainda que indireto, da qualidade da assistência prestada. Para um determinado nível de complexidade assistencial, uma média de permanência mais elevada implica em uma resolutividade menor da equipe de saúde. A média de permanência e taxa geral de mortalidade foram consideradas para as áreas de internação e terapia intensiva dos hospitais, não incluindo as atividades de urgência/emergência.

Antes do início da apresentação dos dados, ressalta-se que existe disparidade entre os indicadores apurados pelas instituições e quanto ao período de cômputo disponível, especialmente por haver um rodízio sistemático dos indicadores de qualidade exigidos das OSS. Este fato dificulta não somente o presente estudo comparativo como também o controle das atividades desempenhas pelas instituições pelos níveis centrais (SESSP).

Para os anos de 2002 a 2004 considerou-se conjuntamente a média de permanência, a taxa de infecção hospitalar, a taxa geral de mortalidade e a taxa de cesárea, conforme apresentado na Ilustração 6. Para os anos de 2002 e 2003, o hospital AD₂ não disponibilizou a taxa de infecção hospitalar. Assim, a instituição só é considerada na análise do ano de 2004. Além disso, no ano de 2002 dispõe-se apenas da média de permanência anual de pacientes no hospital AD₁. Nesse ano o desvio-padrão não pode ser calculado. As barras representam o valor médio apurado no período para o respectivo indicador, enquanto as linhas ilustram o desvio-padrão correspondente

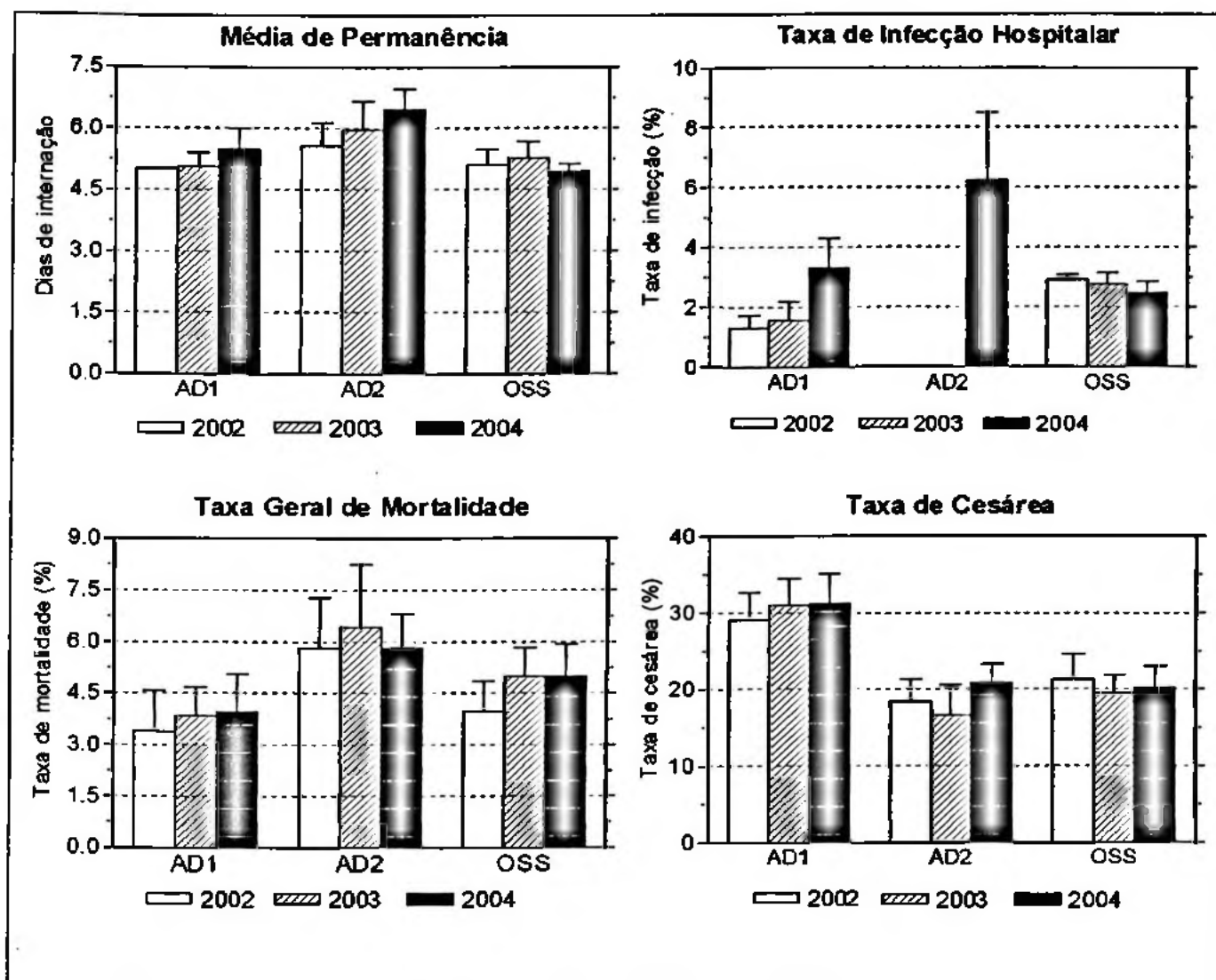


Ilustração 5 - Comparativo dos indicadores de qualidade, AD e OSS, 2002 a 2004

FONTE: Elaborado pela autora com base nos dados dos relatórios de atividades das instituições.

Algumas observações podem ser feitas em relação aos indicadores apresentados na Ilustração 5. A média de permanência já discutida nesse trabalho, apresenta-se, nos três anos analisados, superior e crescente no hospital AD₂. Isso demonstra, além de certa ineficiência da unidade hospitalar, uma maior exposição dos pacientes à contração de infecções decorrentes de um período mais prolongado de internação. A realidade apontada pelo indicador é corroborada pelo Diretor Clínico do hospital AD₂:

[...] os nossos resultados atuais precisam melhorar um pouco, principalmente em relação à média de internação que a gente tem uma média de internação do meu ponto de vista acima da expectativa, acima do esperado e a nossa mortalidade é também um pouquinho elevada. Eu atribuo isso, na realidade, à falta de clínicas especializadas, a falta de algumas

especialidades que precisam ter dentro do hospital e à falta de alguns exames complementares que a gente ainda não dispõe. [Diretor Clínico, AD₂].

Adicionalmente, não há diferença expressiva entre os valores apurados para o hospital AD₁ e a OSS, ambos ligeiramente abaixo da média nacional.

No ano de 2003, a taxa de infecção hospitalar apresenta-se consideravelmente maior no hospital AD₂. Embora não exista um parâmetro nacional fixado pelo Ministério da Saúde, visto que as taxas de infecção são passíveis de variação de acordo com o tipo e complexidade hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), as de instituições são similares em termos de porte e complexidade, indicando uma desvantagem do AD₂ nesse critério de comparação. Além disso, o elevado desvio-padrão associado à média demonstra que há grande oscilação entre os valores mensais, sugerindo um possível descontrole dos níveis de infecção por parte da instituição em questão. Para os anos de 2002 e 2003, o hospital AD₁ apresenta os níveis mais baixos de infecção, entretanto, no ano de 2004 há uma elevação dessa taxa. A OSS demonstrou um decréscimo do indicador no período analisado e um desvio-padrão relativamente baixo, sugerindo constância nas práticas de controle adotadas.

A mortalidade hospitalar no Brasil apresentou uma média de 2,63%, e variou de 4,05% no Rio de Janeiro a 0,88% no Maranhão no ano de 1999 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002). Para os três hospitais em questão esse indicador apresenta-se acima dos parâmetros nacionais. Esse fato provavelmente decorre da localização dessas instituições em regiões periféricas da cidade de São Paulo, com alta incidência de violência urbana, conforme descrito na caracterização das regiões de atuação das instituições. Entretanto, a taxa geral de mortalidade hospitalar apresentou-se relativamente mais elevada no hospital AD₂ em todo o período analisado. Isto é confirmado também pelo Diretor Clínico, que da mesma maneira, atribui essa ocorrência à indisponibilidade de determinadas clínicas e exames diagnósticos na instituição.

A taxa de cesárea mostrou-se substancialmente maior no AD₁ para o período considerado (29, 31 e 31%, para 2002, 2003 e 2004, respectivamente) quando comparada às outras instituições. Quanto à realidade nacional, a taxa de cesárea foi de 24,9% para o ano de 1999 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) sendo que a OMS preconiza um valor máximo de 15%

(OMS, 1996). Este indicador permite avaliar a qualidade da assistência prestada, uma vez que altas taxas podem refletir um acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas de parto cirúrgico em detrimento do parto normal (ANS, 2005). A OSS e o hospital AD₂ apresentaram taxas de cesárea compatíveis no período analisado, com vantagem para o AD₂ nos anos de 2002 e 2003. Entretanto, um ponto merece destaque – a OSS funciona como referência para maternidade de alto risco para sua região de atuação. Este fato provavelmente acarreta elevação do número de partos cirúrgicos realizados na instituição.

Para o ano de 2003 comparou-se três indicadores apurados pelo AD₂ e pela OSS - taxa de óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbitos (CRO), taxa de resolutividade do Serviço de Atenção ao Usuário / Ouvidoria e taxa de prontuários completos, revisados pela Comissão de Revisão de Prontuário Médico (CRPM). Os resultados apurados nesse ano estão demonstrados na Ilustração 6.

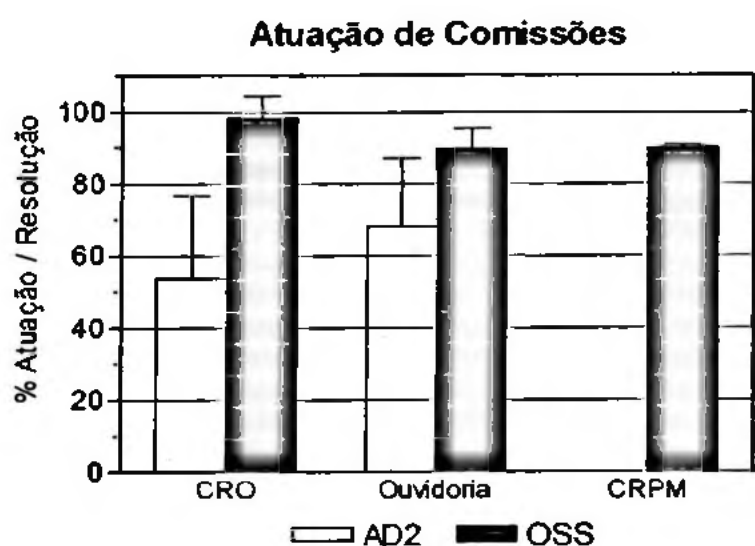


Ilustração 6 - Comparativo de indicadores de qualidade, AD₂ e OSS, 2003

FONTE: Da autora com base nos relatórios de atividades das instituições.

Dentre esses indicadores, dois são de apuração compulsória por comissões obrigatórias – a taxa de revisão de óbitos, que deve ser de 100% por parte da CRO segundo exigência do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e a revisão de prontuários pela CRPM, a qual é de funcionamento obrigatório de acordo com regulamentação do CREMESP.

A Ilustração 6 revela que as Comissões de Revisão de Óbitos e de Prontuário Médico apresentam atividade insipiente no AD₂ ainda que essa atividade seja exigida pelo CREMESP. O percentual de prontuários completos dentre prontuários analisados pela Comissão de Prontuário demonstra despreocupação com a qualidade das informações geradas e transmitidas pelo corpo clínico. Finalmente, o serviço de Ouvidoria do AD₂, se comparado ao Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) da OSS apresenta baixo grau de resolutividade das queixas feitas pelos usuários. Essas comissões encontram-se em funcionamento no hospital AD₁, entretanto, suas atividades não estão detalhadas nos relatórios fornecidos pelas instituições. Suas atividades serão vistas a seguir.

5.5.1 Outras práticas e políticas ligadas à qualidade nas instituições

De acordo com informações fornecidas pelos gestores entrevistados, além da apuração mensal das taxas de infecção hospitalar, de cesárea, de mortalidade e da média de permanência de pacientes na instituição, o hospital AD₁ conta com algumas comissões cujas práticas podem ser diretamente ligadas à qualidade da assistência prestada. Dentre essas comissões, algumas de manutenção e funcionamento obrigatório por imposições do Ministério da Saúde e do CREMESP, são de interesse para esse trabalho as Comissões de Revisão de Prontuário (CRPM), Revisão de Óbitos (CRO), Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Farmácia e Terapêutica (CFT).

Segundo os diretores do hospital AD₁, as comissões de Prontuário e de Óbitos são compostas basicamente pelos mesmos profissionais. A primeira é responsável pela análise mensal de 15% dos prontuários médicos. Essa avaliação tem como objetivo a detecção de irregularidades no preenchimento dos prontuários, que se apuradas, são transmitidas para as equipes envolvidas. A comissão de Óbitos tem a responsabilidade de analisar mensalmente a totalidade de óbitos ocorridos na instituição. Essa análise visa, da mesma maneira, apurar possíveis irregularidades na condução dos casos.

A comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem por função monitorar o nível de infecção hospitalar na instituição. Além disso, busca orientar os profissionais na condução de casos de infecção hospitalar, no uso de antimicrobianos, e na prevenção da ocorrência de infecção de maneira geral. A comissão de Farmácia e Terapêutica objetiva estabelecer padrões de consumo de medicamentos no AD₁, incluindo ou excluindo medicamentos conforme a necessidade da instituição, e discutindo a utilização dos mesmos no âmbito hospitalar.

Adicionalmente, o AD₁ conta com um serviço chamado Conte Comigo, responsável pelo acolhimento dos pacientes, resolução de possíveis problemas no atendimento e realização de pesquisas de satisfação da clientela. O hospital também dispõe da atuação do programa de Jovens Acolhedores, responsável pelo acolhimento dos pacientes e pela identificação e resolução de queixas. Ainda que as práticas ligadas à satisfação da clientela sejam indicativas da qualidade do serviço prestado pelo hospital, essa iniciativa será mais bem descrita no item 5.6, destinado à avaliação da satisfação do usuário.

Já o hospital AD₂, conta com três das comissões apontadas anteriormente – comissão de Prontuário, de Óbitos e de Infecção Hospitalar, que segundo informações coletadas nas entrevistas com os diretores da instituição²², exercem basicamente as mesmas funções daquelas existentes no AD₁.

De acordo com os gestores entrevistados, além das comissões, o AD₂ mantém outras iniciativas vinculadas à qualidade. Dentre essas práticas incluem-se a ação das Promotoras Legais Populares, a atuação dos Jovens Acolhedores e um programa de humanização no atendimento. As Promotoras Legais Populares atuam como auxiliares no acolhimento dos pacientes, identificação de casos de violência contra a mulher e a criança e de situações que causam “stress” ao paciente, tanto no pré quanto no pós-atendimento. O programa de humanização no atendimento foi implantado no ano de 2003 visando instituir cordialidade e atenção no serviço prestado ao usuário.

Na OSS estão instaladas e em funcionamento as comissões obrigatórias e estipuladas em contrato de gestão, a saber, as Comissões de Revisão de Prontuário, Revisão de Óbitos,

²² Diretor Clínico e Diretor de Apoio Clínico (exercendo a função de diretor geral no momento da coleta de dados).

Controle de Infecção Hospitalar e Farmacovigilância. Segundo os gestores entrevistados, todas as comissões reúnem-se em uma base mensal, reunião na qual elaboram atas. Além disso, são compostas por equipes multi-profissionais. O hospital conta ainda com outras comissões que apresentam atuação relevante para a instituição – o NIS, Núcleo de Informação em Saúde, responsável por acompanhar o cumprimento das metas do contrato de gestão e a Comissão de Suprimentos que busca racionalizar o uso de materiais na instituição.

Existem na OSS outras iniciativas ligadas à qualidade da assistência, dentre as quais merecem destaque o Projeto Mãe Canguru, que visa estreitar a ligação materno-infantil para o caso de crianças prematuras, o Banco de Leite Humano, que busca estimular a amamentação, e o Parto Humanizado, projeto que dentre outros itens, possibilita a permanência de um acompanhante com a parturiente e o alojamento comum da mãe e do bebê. Destaca-se que a OSS possui um Sistema de Gestão da Qualidade, sendo acreditada no nível I, e que seu ambulatório de especialidades possui a certificação ISO 9000, versão 2000.

5.5.2 Considerações finais sobre a qualidade dos serviços

Após a análise dos dados de qualidade provenientes das três instituições visitadas, algumas considerações puderam ser traçadas. Várias medidas foram adotadas com o intuito de reduzir ou eliminar possíveis conclusões equivocadas acerca dos indicadores de qualidade apurados e disponibilizados pelos hospitais.

A constante mudança de indicadores apurados/exigidos pela SESSP das OSS e do formato de apresentação dos relatórios verificada nas instituições, aliada às diferenças existentes entre os indicadores disponíveis nos hospitais dificultou a análise realizada nesse projeto. Além disso, essa mudança rotineira implica em dificuldade adicional ao controle de desempenho da OSS por parte da SESSP e em entrave considerável a possíveis iniciativas de comparações entre os modelos da administração direta e das organizações sociais.

De maneira geral, os dados apresentaram-se convergentes – o hospital AD₂ apresenta no conjunto um desempenho inferior nos indicadores de qualidade apurados. Entretanto, apesar da existência de um movimento maior no sentido da qualidade na OSS, evidenciado pela obtenção de certificados como a ISO 9000 e a Acreditação, o hospital AD₁ e a OSS apresentaram praticamente o mesmo grau de qualidade técnica dos serviços prestados.

5.6 Satisfação da clientela e atenção ao usuário

Nessa categoria a satisfação da clientela em relação aos serviços prestados pelas instituições foi analisada. A satisfação pode ser entendida como uma avaliação das características do serviço, indicando o nível de adequação do mesmo ao cliente, ou ainda como a qualidade percebida dos serviços. Consiste, em linhas gerais, em um indicador de qualidade dos serviços de saúde prestados, entendido não do ponto de vista técnico, mas do ponto de vista do cliente. Trata-se do grau de atenção percebido pelo usuário.

Destaca-se que no presente trabalho não foram realizadas pesquisas de satisfação pela autora nas organizações. Nesse sentido, os dados aqui apresentados são provenientes de pesquisas prévias realizadas pelas próprias instituições. Dos três hospitais visitados, dois realizavam pesquisas de satisfação de usuário de forma estruturada no momento da coleta de dados, a saber – o AD₁ e a OSS. O hospital AD₂ dispõe de um serviço prestado aos clientes nos moldes de uma ouvidoria, responsável pelos registros de reclamações, encaminhamento de problemas às diretorias competentes e devolutiva das providências tomadas aos reclamantes. Entretanto, não realizava apuração sistemática da satisfação do cliente, sendo assim, não foi incluído nessa categoria.

Para compor os resultados aqui delineados foi necessária a obtenção dos formulários utilizados pelos hospitais para realização das pesquisas, dos relatórios de resultados apurados e dos métodos empregados na pesquisa. Além disso, os gestores entrevistados foram indagados sobre os procedimentos usados para apuração dos indicadores de satisfação, sobre a existência de um serviço estruturado de atendimento ao usuário e sobre suas percepções acerca dos resultados das pesquisas. A seguir, os métodos empregados pelas instituições nas pesquisas e os resultados obtidos são descritos separadamente.

5.6.1 Hospital da administração direta - AD₁

O hospital AD₁ dispõe de um serviço de ouvidoria e com um programa de atenção e acolhimento ao paciente denominado Conte Comigo. O Conte Comigo consiste em um projeto da SESSP lançado em 2004 e instalado em um conjunto de unidades de saúde. Em cada unidade participante do projeto existe um balcão de atendentes com a função de informar o paciente, bem como buscar soluções para os problemas encontrados no atendimento.

A ouvidoria e o Conte Comigo funcionam em parceria e de maneira similar a um departamento de atendimento ao cliente. Entretanto, ainda que a ouvidoria realize trabalhos de registros de queixas e busca de solução para os problemas apresentados pelos reclamantes, segundo o diretor do hospital, o departamento teve seu trabalho bastante reduzido pela atuação do Conte Comigo, responsável atualmente pela realização das pesquisas de satisfação da clientela.

O serviço Conte Comigo, que está localizado no Pronto-Socorro da instituição, próximo à entrada de emergência, é coordenado por um assistente Social e conta com dois funcionários administrativos. Todas as áreas assistenciais do hospital são avaliadas pelas pesquisas de satisfação – Pronto-Atendimento e Pronto-Socorro, Ambulatório de Especialidades e Internação. As avaliações são coletadas diariamente e, mensalmente são emitidos relatórios contendo os resultados, difundidos para o corpo diretivo do hospital.

Um formulário próprio para cada uma das áreas investigadas é utilizado. Entretanto, existe pouca variação entre os formulários, os quais passam por pequenos ajustes de acordo com as especificidades da área considerada. O respondente é solicitado a marcar, dentre uma escala de 4 pontos, variando de muito bom a ruim, a opção que melhor representa sua satisfação em relação aos serviços prestados pela instituição. Um campo específico é disponibilizado em cada item avaliado, caso o respondente não tenha tido contato com o componente sob avaliação.

Ainda que em cada um dos formulários exista um campo reservado para indicação dos dados de contato para resposta ao reclamante, caso necessário, a não-obrigatoriedade de identificação é destacada. Adicionalmente, um espaço em branco é disponibilizado para que o usuário expresse suas críticas, elogios ou sugestões em relação aos serviços prestados. Os itens avaliados pelas pesquisas em cada uma das áreas assistenciais são destacados nas Tabelas 10, 11 e 12.

Na instituição existem dez caixas de sugestões distribuídas pelas clínicas e demais setores de grande circulação de usuários. Essas caixas contêm os formulários de avaliação, nos quais os usuários, espontaneamente, podem realizar suas avaliações. Paralelamente, a busca ativa de respondentes também é realizada. Essa tarefa é função de uma equipe de universitários que integra o Projeto Jovens Acolhedores, que por sua vez, trabalha em parceria com o Conte Comigo.

O Jovens Acolhedores consiste em um projeto da SESSP, destinado à participação de universitários no acolhimento de pacientes das unidades públicas de saúde. Esse projeto tem por objetivo humanizar a assistência prestada na rede pública de saúde. As tarefas dos participantes do projeto são as de recepção aos usuários e resolução de problemas relativos ao atendimento (SECRETARIA..., 2005).

Existem alguns critérios de seleção dos respondentes. Todos devem ter, obrigatoriamente, passado por atendimento na instituição, ou ainda, no caso de acompanhantes/familiares, ter acompanhado o atendimento dispensado aos pacientes em questão. Na área de internação, para responder à pesquisa, o paciente deve estar internado há pelo menos um dia. Nesse caso, em especial, a busca ativa de respondentes pela equipe dos Jovens Acolhedores é realizada.

No tocante ao percentual de respondentes em relação ao volume de atividade da instituição / número de atendimentos realizados, também existem alguns critérios norteadores. Como o Conte Comigo consiste em um programa integrado à SESSP, uma supervisão mensal quanto aos resultados obtidos é realizada. A instituição tem como meta obter entre 1 e 2% de respostas dos pacientes atendidos em cada setor, ou seja, Pronto Socorro/ Pronto Atendimento, Ambulatório e Internação.

Os relatórios dos resultados da satisfação da clientela apurados mensalmente pela instituição foram compilados. Dispõe-se dos dados do período de maio, época em que a instituição começou a realizar sistematicamente as pesquisas, a dezembro de 2004. As Tabelas 10, 11 e 12 a seguir apresentam os dados agrupados para cada uma das áreas envolvidas. Além disso, foi disponibilizado pela instituição um relatório, em base mensal, com uma síntese dos comentários realizados pelos usuários nos espaços em branco reservados em cada um dos formulários de avaliação.

Durante o período analisado (maio a dezembro de 2004) foi recolhido um total de 1515 fichas de avaliações, entre as áreas de pronto-socorro e pronto-atendimento, internação e ambulatório, o que corresponde a uma média mensal de 190 avaliações da instituição como um todo. Em relação às fichas contendo comentários no espaço em branco, foram 466. Nessas fichas foram registrados 137 elogios, 233 queixas e 103 sugestões de melhorias ao atendimento prestado pela instituição. Nota-se que o total de elogios, queixas e sugestões extrapola o número de fichas devido à possibilidade de referência a mais de um assunto no mesmo formulário. As queixas mais comumente registradas nas questões abertas referem-se ao atendimento médico e de enfermagem, à falta de profissionais suficientes para o atendimento e à demora no atendimento. Outras queixas, menos frequentes, também foram registradas pelos usuários no tocante à limpeza, conservação e ruído do ambiente.

Tabela 10 - Resultado da avaliação da satisfação do usuário -- Pronto-Socorro, Pronto-Atendimento, AD₁, Maio a Dezembro de 2004

Áreas / Serviços avaliados no PS/PA	Conceitos atribuídos										Total de Fichas		
	Ótimo		Bom		Regular		Ruim		s/contato			s/resposta	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		N°	%
Atendimento Recepção	151	27%	207	37%	115	21%	67	12%	4	1%	12	2%	556
Atendimento Médico	134	24%	142	26%	117	21%	114	21%	9	2%	40	7%	556
Atendimento Enfermagem	118	21%	139	25%	102	18%	72	13%	56	10%	69	12%	556
Raio X	104	19%	117	21%	72	13%	64	12%	101	18%	95	17%	556
Coleta de Exames	76	14%	113	20%	60	11%	44	8%	149	27%	114	21%	556
Sala de Medicação	78	14%	152	27%	89	16%	60	11%	71	13%	106	19%	556
Serviço Social	70	13%	80	14%	51	9%	55	10%	167	30%	133	24%	556
Informações dadas ao Paciente ou Familiares	77	14%	96	17%	66	12%	128	23%	80	14%	109	20%	556
Tempo de Espera	43	8%	62	11%	107	19%	272	49%	11	2%	61	11%	556
Acomodações na Espera	62	11%	149	27%	146	26%	115	21%	9	2%	75	13%	556
Limpeza Os	159	29%	181	33%	99	18%	59	11%	11	2%	47	8%	556
Segurança	121	22%	224	40%	84	15%	64	12%	9	2%	54	10%	556
Conservação do Prédio e Móveis	106	19%	203	37%	123	22%	42	8%	7	1%	75	13%	556
Sinalização dos Serviços (placas e Cartazes)	103	19%	211	38%	100	18%	45	8%	16	3%	81	15%	556
Acolhedores	77	14%	107	19%	75	13%	59	11%	98	18%	140	25%	556
Conte Comigo	104	19%	62	11%	33	6%	56	10%	112	20%	189	34%	556
Total Geral	1583	18%	2245	25%	1439	16%	1316	15%	910	10%	1400	16%	8896

FONTE: Da autora com base nos dados fornecidos pelo Conte Comigo (AD₁)

Na Tabela 10 percebe-se que, durante os oito meses de realização da pesquisa foram coletadas 556 fichas de avaliações, perfazendo uma média de 70 avaliações mensais. Considerando-se todos os critérios pesquisados conjuntamente, 43% dos usuários avaliam o atendimento da área como bom ou ótimo, 16% como sendo regular, 15% como ruim, 10% não tiveram contato com o(s) item(s) avaliado(s) e 16% não responderam. O item que recebeu a pior avaliação no período foi o tempo de espera para o atendimento. Aproximadamente 50% dos respondentes atribuíram a nota ruim para essa variável. As informações dadas a pacientes e familiares, as acomodações para espera e o atendimento médico também receberam um percentual mais elevado de avaliações “ruins” que os demais.

A Tabela 11, a seguir, apresenta os resultados das pesquisas para a área de internação do hospital AD₁.

Tabela 11 - Resultado da avaliação da satisfação do usuário – Internação, AD₁, Maio a Dezembro de 2004

Áreas / Serviços avaliados na Internação	Conceitos atribuídos										Total de Fichas		
	Ótimo		Bom		Regular		Ruim		s/contato			s/resposta	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Atendimento Recepção	295	43%	303	44%	60	9%	12	2%	19	3%	5	1%	694
Acomodações na Espera	168	24%	304	44%	117	17%	40	6%	42	6%	23	3%	694
Tempo Espera para Internação	222	32%	247	36%	112	16%	59	9%	27	4%	27	4%	694
Atendimento Médico	342	49%	264	38%	43	6%	15	2%	12	2%	18	3%	694
Atendimento Enfermagem	340	49%	256	37%	49	7%	19	3%	8	1%	22	3%	694
Limpeza do Quarto	232	33%	215	31%	57	8%	17	2%	153	22%	20	3%	694
Alimentação Fornecida	269	39%	311	45%	59	9%	25	4%	12	2%	18	3%	694
Instalações dos Banheiros	228	33%	296	43%	80	12%	35	5%	30	4%	25	4%	694
Roupas de Cama	211	30%	301	43%	86	12%	49	7%	23	3%	24	3%	694
Horário de Visita	249	36%	326	47%	62	9%	23	3%	12	2%	22	3%	694
Informações dadas ao Paciente e Familiares	243	35%	308	44%	53	8%	33	5%	27	4%	30	4%	694
Ruídos no Ambiente	181	26%	283	41%	93	13%	43	6%	48	7%	46	7%	694
Conservação do Prédio e Móveis	202	29%	294	42%	101	15%	42	6%	15	2%	40	6%	694
Conte Comigo	152	22%	257	37%	58	8%	24	3%	16	2%	186	27%	693
Total Geral	3334	34%	3965	41%	1030	11%	436	4%	444	5%	506	5%	9715

FONTE: Da autora com base nos dados fornecidos pelo Conte Comigo (AD₁)

No período analisado foram coletados 694 formulários, o que se traduz em uma média mensal de 87 fichas. Do total, 75% dos respondentes consideram os serviços prestados na área de internação bons ou ótimos, 11% atribuíram uma avaliação regular e apenas 4% consideraram ruim. Adicionalmente, 5% alegaram não ter mantido contato com o item avaliado e 5% dos itens ficaram em branco. Ainda que a porcentagem de notas baixas não tenha sido elevada na área de internação, percebe-se que, mais uma vez, o tempo de espera foi o item que recebeu a pior avaliação (9%).

A Tabela 12 ilustra os resultados da satisfação da clientela para a área de ambulatório do hospital AD₁.

Tabela 12 - Resultado da avaliação da satisfação do usuário – Ambulatório, AD₁, Maio a Dezembro de 2004

Áreas / Serviços avaliados no Ambulatório	Conceitos atribuídos												Total de Fichas N°
	Ótimo		Bom		Regular		Ruim		s/contato		s/resposta		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Recepção	120	45%	113	43%	22	8%	4	2%	2	1%	4	2%	265
Marcação Cons.	96	36%	101	38%	42	16%	14	5%	5	2%	7	3%	265
Marcação Exames	63	24%	91	34%	39	15%	9	3%	48	18%	15	6%	265
Atendimento Médico	132	50%	87	33%	18	7%	11	4%	7	3%	10	4%	265
Atendimento de Enfermagem.	99	37%	85	32%	20	8%	11	4%	30	11%	20	8%	265
Serviço Social	60	23%	72	27%	17	6%	4	2%	69	26%	43	16%	265
Laboratório	62	23%	84	32%	27	10%	4	2%	51	19%	37	14%	265
Raio X	64	24%	89	34%	29	11%	9	3%	50	19%	24	9%	265
Acomodações na Espera	42	16%	110	42%	57	22%	35	13%	3	1%	18	7%	265
Tempo de Espera	26	10%	65	25%	78	29%	70	26%	2	1%	24	9%	265
Limpeza	93	35%	112	42%	40	15%	8	3%	0	0%	12	5%	265
Segurança	68	26%	124	47%	32	12%	9	3%	11	4%	22	8%	266
Conservação do Prédio	66	25%	124	47%	42	16%	8	3%	3	1%	22	8%	265
Sinalização	80	30%	112	42%	31	12%	16	6%	3	1%	23	9%	265
Acolhedores	88	33%	77	29%	23	9%	10	4%	21	8%	46	17%	265
Conte Comigo	66	25%	43	16%	7	3%	2	1%	48	18%	99	37%	265
Total Geral	1225	29%	1489	35%	524	12%	224	5%	353	8%	426	10%	4241

FONTE: Da com base nos dados fornecidos pelo Conte Comigo (AD₁)

Na área ambulatorial do hospital AD₁ foram coletadas 265 fichas de maio a dezembro de 2004, ou seja, uma média mensal de 33 avaliações. O serviço é considerado bom ou ótimo para 64% dos respondentes, regular para 12% e ruim para 5%. Uma parcela de 8% das pessoas alegou não ter mantido contato com o item sob avaliação e em média 10% das pessoas deixaram questões não respondidas no formulário. O tempo de espera para atendimento foi o item que recebeu a pior avaliação por parte dos clientes (26% consideram-no ruim), seguido das acomodações reservadas para espera (13% de avaliações “ruins”).

Corroborando os dados encontrados nas pesquisas quantitativas de satisfação da clientela, disponibilizadas pelo AD₁, na opinião dos gestores entrevistados, a área mais bem avaliada pelos usuários é a de internação. Existem algumas razões para que tal fato ocorra, de acordo com os gerentes. Na maior parte dos casos, esses atendimentos consistem em cirurgias eletivas e de emergência, para as quais não há necessidade de longos períodos de espera por parte dos pacientes. Além disso, enquanto internados, os pacientes mantêm contato com vários serviços/elementos disponibilizados pela instituição e conseqüentemente, têm mais

fundamentos para realizar a avaliação da qualidade do atendimento dispensado. Isso pode ser evidenciado nos relatos abaixo:

O que nós percebemos é que os serviços de ambulatório e internação, eles são bastante bem valorizados, bem avaliados pela clientela, né... O serviço de emergência, ele sofre por uma demanda incontrolável, de pacientes que, basicamente, deveriam estar sendo atendidos na rede básica, e que freqüentemente superlotam o pronto socorro [...] a espera também é variável. A espera pode ser maior, pode ser menor, dependendo de vários fatores. [Diretor Geral, AD₁].

A área que recebe melhor avaliação é da internação. Na grande maioria são cirurgias eletivas e de emergência, em que o paciente não passa pelo desconforto de aguardar longos períodos. Outro aspecto positivo é que nas clínicas os pacientes podem ter a visão dos vários serviços que integram o atendimento como: equipe multiprofissional, acomodação, qualidade da refeição, atendimento dos profissionais, voluntariado etc. Na verdade o paciente tem a possibilidade de avaliar o atendimento que lhe foi dispensado com muito mais propriedade. [Responsável pelo Conte Comigo, AD₁].

Em contrapartida, a área de Pronto-Socorro é a que recebe o maior número de queixas dos clientes na opinião dos gestores entrevistados. Isso é devido às variações constantes na demanda que acarreta muitas vezes a superlotação da área, demora no atendimento e falta de acomodação para todos os usuários. A demanda excessiva frente à oferta de serviços tem suas raízes em dois fatores – aumento da população usuária ao longo dos 13 anos de funcionamento da instituição, que permaneceu basicamente com a mesma capacidade instalada na área, e ineficiência da rede básica de atenção. Esses dois fatores fazem com que pacientes com problemas tipicamente ambulatoriais procurem as unidades de emergência.

[...] a gente percebe que... às vezes a insatisfação não é quanto ao atendimento médico ou de enfermagem, muitas vezes é quanto ao ambiente, no sentido de estar super-lotado... estar muito cheio... a acomodação muitas vezes não é adequada, porque os pacientes ficam em macas... o que realmente não é, não é confortável, você ficar em macas. [Diretor Geral, AD₁].

A área de pior avaliação é o Pronto-Socorro / Pronto Atendimento, pela grande demanda, espera do atendimento, acomodação e número de profissionais para o atendimento. Isto ocorre porque o hospital foi projetado há treze anos para um determinado número de atendimento, hoje possuímos o mesmo espaço físico porém com um número muito maior de população. Outro impeditivo é a questão das UBS que não possuem estrutura para o atendimento primário, assim o Pronto-Socorro recebe toda e qualquer demanda de patologias. [Responsável pelo Conte Comigo, AD₁].

E o hospital não tem uma capacidade instalada para abrigar com conforto todos os pacientes que necessitam do atendimento de emergência, de modo que isso causa uma insatisfação... que às vezes o atendimento médico foi bem feito, o atendimento de enfermagem está correto e tudo mais, os exames são confiáveis, os resultados são confiáveis, tudo foi feito. Ms existem outros fatores de percepção do paciente. Ele se incomoda de estar no meio de muitas pessoas e às vezes, ter que esperar. [Diretor Geral, AD₁].

5.6.2 Organização Social de Saúde

A instalação de um Serviço de Atendimento ao Cliente nos hospitais gerenciados sob a forma de organização social constitui item obrigatório do contrato de gestão. Além disso, o serviço deve encaminhar à SESSP relatório mensal das atividades realizadas. Nesse sentido, a OSS instalou e mantém em funcionamento o Serviço de Atenção ao Usuário (SAU). Esse serviço é responsável pela orientação aos pacientes, recebimento e resolução de queixas e pela realização de pesquisas de satisfação da clientela.

O SAU é subordinado à Diretoria Assistencial do hospital, está localizado no Pronto-Socorro e dispõe de três funcionários – um coordenador e dois auxiliares administrativos, que diariamente coletam informações relativas à avaliação do cliente nas áreas de Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento (PS/PA) e Internação. Os dados diários são compilados e mensalmente são emitidos relatórios disponibilizados às demais áreas do hospital.

A satisfação do usuário das áreas de Pronto-Socorro e Pronto Atendimento é investigada por meio de um formulário disponível em dispositivos localizados na recepção central, onde estão concentrados os atendimentos de ginecologia e obstetrícia e pediatria e no pronto-socorro adulto, responsável pelo atendimento de ortopedia, clínica média e clínica cirúrgica.

A resposta a esses formulários é espontânea por parte dos pacientes. Nesse impresso, as áreas de Recepção, Segurança, Equipe de Enfermagem e Equipe Médica são avaliadas em termos de cortesia/atenção no atendimento e fornecimento de informações aos pacientes. Nessa avaliação, o respondente conta com três alternativas – Bom, Regular e Ruim. Adicionalmente, dispõe de dois espaços reservados – um para realização de comentários acerca do atendimento e outro para identificação e disponibilização de dados de contato.

Na área de internação, a avaliação da satisfação do usuário é item obrigatório do contrato de gestão e faz parte dos indicadores de qualidade responsáveis pela parte variável do repasse de recursos. A OSS deve, mensalmente, entrevistar pelo menos 10% dos pacientes internados em cada clínica. A avaliação é feita por meio de entrevistas que seguem um roteiro estruturado proposto pela SESSP. Os respondentes são separados em duas categorias – paciente e

acompanhante e não são identificados. Solicita-se que o usuário atribua notas a cada um dos 16 itens avaliados, elucidados na Tabela 14, juntamente com a apresentação do resultado da pesquisa. Essas notas variam de 0 a 10 (as notas 0, 1 e 2 correspondem ao conceito péssimo, 3 e 4 a ruim, 5 e 6 a regular, 7 e 8 a bom e 9 e 10 a excelente).

Os pacientes são entrevistados durante o período de internação. Sempre que possível, os funcionários do SAU entrevistam o próprio paciente, mas no caso de crianças, os acompanhantes são entrevistados. Os funcionários do SAU buscam, diariamente, nas enfermarias pacientes que estejam em condições de responder ao questionário de acordo com alguns critérios: pacientes que estejam internados há mais tempo e que tenham pelo menos permanecido no hospital nos três turnos – manhã, tarde e noite. Além disso, evitam realizar entrevistas durante o horário das visitas médicas e sempre comunicam o paciente de que a participação na pesquisa é voluntária.

Os relatórios mensais de resultados das pesquisas de satisfação do SAU nas áreas de PS/PA e internação foram disponibilizados. Para o PS/PA, dispõe-se dos dados compreendidos entre julho e dezembro de 2004. As avaliações realizadas antes desse período seguiam outro formato e não se encontravam tabuladas pelo hospital. Em relação à internação, foram obtidos os resultados das pesquisas realizadas nos anos de 2003 e 2004. A Tabela 13 a seguir apresenta os dados compilados para cada uma das áreas envolvidas.

Tabela 13 - Resultado da avaliação da satisfação do usuário – Pronto-Socorro, Pronto-Atendimento, OSS, Julho a Dezembro de 2004

Equipe / Serviço Avaliado	Critérios utilizados	Conceitos atribuídos								Total
		Bom	%	Regular	%	Ruim	%	N/R	%	
Recepção	Cortesia	707	58,1	247	20,3	196	16,1	66	5,4	1216
	Informações fornecidas	619	50,9	240	19,7	221	18,2	136	11,2	1216
Serviço de Segurança	Cortesia	705	58,0	235	19,3	192	15,8	84	6,9	1216
	Orientações	680	55,9	199	16,4	201	16,5	136	11,2	1216
Equipe de Enfermagem	Cortesia	647	53,2	268	22,0	151	12,4	150	12,3	1216
	Informações fornecidas	571	47,0	271	22,3	170	14,0	204	16,8	1216
	Explicação de procedimentos	544	44,7	269	22,1	206	16,9	197	16,2	1216
Equipe Médica	Atenção	662	54,4	262	21,5	213	17,5	79	6,5	1216
	Explicação de procedimentos	584	48,0	251	20,6	211	17,4	170	14,0	1216
Total		5719	52,3	2242	20,5	1761	16,1	1222	11,2	10944

FONTE: Da autora com base nos dados fornecidos pelo SAU, OSS.

Ao longo dos seis meses investigados foram coletadas 1216 avaliações identificadas. O SAU tabula somente as pesquisas identificadas, o que resulta em uma média mensal de 200 avaliações. De maneira geral, ou seja, considerando as áreas de recepção, segurança, enfermagem e médica, 52% dos respondentes consideram o atendimento bom, 20% acreditam que seja regular e 16% ruim. As avaliações individualizadas para cada área não apresentam disparidades consideráveis entre si. Além disso, destaca-se o alto índice de questões deixadas em branco, isto é, de formulários parcialmente respondidos pelos clientes.

A seguir, a Tabela 14 apresenta os resultados consolidados das entrevistas para o ano de 2004.

Tabela 14 - Resultado da avaliação da satisfação do usuário - Internação, OSS, 2004

Critérios avaliados	Péssimo		Ruim		Regular		Bom		Excelente		N/R		Total N°
	0/2		3/4		5/6		7/8		9/10				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Limpeza e conforto das instalações físicas	6	0%	8	1%	63	4%	237	16%	1.158	79%	0	0%	1.472
Adequação das informações dadas ao paciente e familiares	8	1%	14	1%	67	5%	212	14%	1.166	79%	5	0%	1.472
Qualidade das indicações de localização dos serviços	2	0%	5	0%	36	2%	179	12%	1.202	82%	48	3%	1472
Tempo de espera para o atendimento - <i>Médico/Plantonista</i>	39	3%	30	2%	166	11%	283	19%	952	65%	2	0%	1472
Tempo de espera para o atendimento - <i>Enfermagem</i>	35	2%	29	2%	159	11%	279	19%	968	66%	2	0%	1472
Tempo de espera para o atendimento - <i>Administração</i>	34	2%	29	2%	154	10%	290	20%	964	65%	1	0%	1472
Disponibilidade da equipe na resolução de problemas - <i>Médicos/Plantonistas</i>	6	0%	7	0%	51	3%	236	16%	1.172	80%	0	0%	1472
Disponibilidade da equipe na resolução de problemas - <i>Enfermagem</i>	7	0%	5	0%	50	3%	238	16%	1.172	80%	0	0%	1472
Disponibilidade da equipe na resolução de problemas - <i>Administração</i>	5	0%	5	0%	51	3%	238	16%	1.173	80%	0	0%	1472
Segurança do paciente em relação aos serviços do hospital	1	0%	3	0%	37	3%	159	11%	1.272	86%	0	0%	1472
Respeito e educação no tratamento ao paciente - <i>Médicos e Plantonistas</i>	2	0%	4	0%	35	2%	162	11%	1.269	86%	0	0%	1472
Respeito e educação no tratamento ao paciente - <i>Enfermagem</i>	1	0%	3	0%	35	2%	164	11%	1.269	86%	0	0%	1472
Respeito e educação no tratamento ao paciente - <i>Administração</i>	1	0%	3	0%	36	2%	163	11%	1.269	86%	0	0%	1472
Interesse do médico e qualidade do exame físico	3	0%	4	%	35	2%	172	12%	1.253	85%	5	0%	1472
Explicações fornecidas pelo médico	5	0%	4	0%	40	3%	165	11%	1.250	85%	8	1%	1472
Limpeza das roupas de cama	3	0%	7	0%	34	2%	180	12%	1.248	85%	0	0%	1472
Temperatura e sabor das refeições	14	1%	26	2%	93	6%	234	16%	1.064	72%	41	3%	1472
Silêncio do ambiente	21	1%	8	1%	71	5%	200	14%	1.167	79%	5	0%	1472
Horário das refeições	2	0%	7	0%	54	4%	188	13%	1.197	81%	24	2%	1472
Horário da limpeza	4	0%	7	0%	33	2%	161	11%	1.255	85%	12	1%	1472
Horário das visitas	7	0%	4	0%	57	4%	187	13%	1.212	82%	5	0%	1472
Medicamentos fornecidos durante a internação	1	0%	3	0%	24	2%	133	9%	1.306	89%	5	0%	1472
Total	207	0,6%	215	0,7%	1381	4,3%	4460	13,8%	25958	80,2%	163	0%	32384

FONTE: SAU (OSS)

A observação da Tabela 14 revela que, diferentemente das avaliações realizadas nas áreas de Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento, a área de internação recebe avaliações melhores por parte dos clientes além de menor porcentagem de questões deixadas em branco.

Para o ano de 2004, no qual foram realizadas, em média 120 entrevistas por mês, dos 16 itens avaliados na pesquisa 14 foram considerados em mais de 90% dos casos como bons ou excelentes. Nesse ano, somente dois quesitos ficaram abaixo disso, mesmo assim, recebendo boas avaliações – o tempo de espera para atendimento das equipes médica, de enfermagem e administrativa e a temperatura e sabor das refeições. Em média, para 80% dos respondentes o serviço é considerado excelente e em menos de 1% dos casos recebeu avaliação ruim.

A Tabela 15 apresenta os resultados consolidados das entrevistas na área de internação para o ano de 2003.

Tabela 15 - Resultado da avaliação da satisfação do usuário – Internação, OSS, 2003

Critérios avaliados	Péssimo		Ruim		Regular		Bom		Excelente		N/R		Total
	0/2		3/4		5/6		7/8		9/10		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			
Limpeza e conforto das instalações físicas	7	0%	3	0%	11	1%	153	9%	1551	90%	0	0%	1.725
Adequação das informações dadas ao paciente e familiares	4	0%	2	0%	15	1%	133	8%	1570	91%	1	0%	1.725
Qualidade das indicações de localização dos serviços	2	0%	1	0%	9	1%	114	7%	1598	93%	1	0%	1.725
Tempo de espera para o atendimento – <i>Médico/Plantonista</i>	16	1%	11	1%	65	4%	232	13%	1401	81%	0	0%	1.725
Tempo de espera para o atendimento - <i>Enfermagem</i>	8	0%	9	1%	48	3%	184	11%	1476	86%	0	0%	1.725
Tempo de espera para o atendimento - <i>Administração</i>	10	1%	10	1%	43	2%	176	10%	1485	86%	1	0%	1.725
Disponibilidade da equipe na resolução de problemas – <i>Médicos/Plantonistas</i>	3	0%	0	0%	17	1%	111	6%	1594	92%	0	0%	1.725
Disponibilidade da equipe na resolução de problemas – <i>Enfermagem</i>	6	0%	1	0%	10	1%	110	6%	1598	93%	0	0%	1.725
Disponibilidade da equipe na resolução de problemas - <i>Administração</i>	4	0%	2	0%	15	1%	103	6%	1598	93%	3	0%	1.725
Segurança do paciente em relação aos serviços do hospital	2	0%	2	0%	13	1%	105	6%	1603	93%	0	0%	1.725
Respeito e educação no tratamento ao paciente - <i>Médicos e Plantonistas</i>	1	0%	2	0%	9	1%	83	5%	1629	94%	1	0%	1.725
Respeito e educação no tratamento ao paciente - <i>Enfermagem</i>	0	0%	2	0%	4	0%	84	5%	1635	95%	0	0%	1.725
Respeito e educação no tratamento ao paciente - <i>Administração</i>	1	0%	0	0%	6	0%	87	5%	1628	94%	3	0%	1.725
Interesse do médico e qualidade do exame físico	0	0%	2	0%	14	1%	89	5%	1620	94%	0	0%	1.725
Explicações fornecidas pelo médico	1	0%	2	0%	11	1%	89	5%	1621	94%	1	0%	1.725
Limpeza das roupas de cama	2	0%	5	0%	14	1%	91	5%	1612	93%	1	0%	1.725
Temperatura e sabor das refeições	8	0%	8	0%	34	2%	201	12%	1473	85%	1	0%	1.725
Silêncio do ambiente	17	1%	10	1%	38	2%	187	11%	1472	85%	1	0%	1.725
Horário das refeições	5	0%	3	0%	13	1%	132	8%	1571	91%	1	0%	1.725
Horário da limpeza	10	1%	1	0%	12	1%	106	6%	1589	92%	7	0%	1.725
Horário das visitas	4	0%	6	0%	21	1%	125	7%	1568	91%	1	0%	1.725
Medicamentos fornecidos durante a internação	0	0%	1	0%	2	0%	83	5%	1637	95%	2	0%	1.725
Total	111	0,3%	83	0,2%	424	1,1%	2778	7,3%	34529	91 %	25	0%	37950

FONTE: SAU (OSS)

A observação da Tabela 15 revela que no ano de 2003 as avaliações na área de internação foram melhores, comparativamente a 2004. Nesse ano foi realizada uma média mensal de 140 entrevistas. Todos os quesitos receberam avaliações entre bom e excelente em mais de 90% dos casos.

As avaliações abertas, ou seja, as realizadas nos espaços destinados aos comentários dos pacientes na ficha de avaliação do atendimento do Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento, não foram disponibilizadas pela instituição. Mas, segundo os gestores entrevistados, a crítica mais freqüente nas pesquisas refere-se à demora no atendimento. O fato foi associado à desestruturação do sistema de saúde, que muitas vezes, induz o paciente com problemas que poderiam ser resolvidos na rede básica de atenção, a procurar um atendimento de urgência/emergência e a superlotar os hospitais. Em relação aos demais aspectos, os gestores consideram que recebem boas avaliações por parte dos usuários.

[...] todas as nossas pesquisas, elas têm sido bastante satisfatórias... são bastante satisfatórias... Sem dúvida, ali o nosso maior foco de reclamação sem dúvida é a porta. Porque ele entrou, da porta para dentro, a gente praticamente não tem problema... pacientes internados e tal... muito pelo contrário, são pouquíssimos. Mas ali na porta sem dúvida é muito mais difícil porque a gente não consegue satisfazer plenamente o usuário, né? Porque ele vem com um problema, sabe que não é de pronto-socorro, com certeza vai encaminhar, então, né... ele não quer voltar, ele quer ser atendido, ter todo o processo fechado, diagnosticado ali, e muitas vezes a gente não tem. [Diretor Assistencial, OSS].

[...] eu diria que estou na mesma razão mediana que as demais OSS de certa forma, e o dado que eu vou te dar é da secretaria que faz com todas as hoje 17 OSS do estado de São Paulo. Hoje o grau de satisfação de bom atendimento para ótimo está girando em casa de 86 pontos, 87%. Quase 90% de aceitação completa de tudo. Aonde você tem um desvio padrão... vou te dizer ainda que essa diferença que você, ali da casa dos 13%, grande parte você tem que depurar daí, o desvio padrão que você tem são aqueles atendimentos de porta, por conta de uma rede básica não estruturada. [Diretor Administrativo, OSS].

A maior crítica nessas pesquisas é quanto à demora no atendimento, porque a nossa demanda é muito grande, é uma demanda que não deveria estar aqui... teria que ver... a unidade básica teria que ter condições de atender, para que pudesse ser encaminhado para o ambulatório de especialidades, e por sua vez, chegar no hospital nas suas urgências e emergências... mas isso realmente não acontece. [Gerente do SAU, OSS].

5.6.3 Considerações sobre o método e os resultados da pesquisa de satisfação das instituições

Apesar da análise de somente dois hospitais nessa categoria, um da administração direta e outro OSS, foi possível alcançar os objetivos propostos no presente estudo, ou seja, de avaliar a gestão de serviços de saúde sob a forma de organização social, comparativamente à gestão pública. Entretanto, há que se ressaltar que as conclusões a seguir delineadas encontram-se limitadas às instituições pesquisadas e sujeitas aos vieses previamente existentes nos procedimentos de pesquisa empregados.

O fato de um dos hospitais da administração direta não realizar pesquisas de satisfação da clientela sugere a instituição ainda não incorporou a cultura de orientação ao cliente. Entretanto, projetos como o Conte Comigo e o Jovens Acolhedores, dos quais o AD₁ é integrante, indicam a preocupação com a melhoria da qualidade do atendimento no setor público de saúde.

Relativamente aos dados apontados anteriormente sobre os métodos de apuração da satisfação da clientela e os resultados obtidos pelas duas instituições, algumas considerações podem ser traçadas. O Quadro 22 resume os métodos empregados por cada uma das instituições investigadas para apuração da satisfação da clientela, os principais resultados obtidos, os vieses encontrados e as principais conclusões obtidas das comparações nessa categoria analítica.

Quadro 22 - Avaliação da satisfação da clientela – AD₁ e OSS

Dimensões comparativas	AD ₁	OSS
Seção responsável pela realização da pesquisa / atendimento ao usuário	Conte Comigo com ajuda para captação de questionários por parte dos Jovens Acolhedores	Serviço de Atendimento ao Usuário
Estrutura do setor	Coordenador/Chefe mais dois funcionários administrativos	Coordenador/Chefe mais dois funcionários administrativos
Respondentes	Pacientes e Acompanhantes	Pacientes e Acompanhantes
Áreas assistenciais avaliadas	Ambulatório, Pronto-Socorro/Pronto Atendimento e Internação	Pronto-Socorro/Pronto Atendimento e Internação
Itens avaliados na pesquisa	Ambulatório, PS/PA e Internação: Requisitos ligados à prontidão, empatia/atenção e instalações utilizadas no atendimento ao usuário.	PS/PA: Requisitos ligados à atenção/empatia no atendimento Internação: Requisitos ligados à confiabilidade, prontidão, empatia/atenção e instalações utilizadas no atendimento ao usuário.
Periodicidade de realização das pesquisas	Diária	Diária
Periodicidade de divulgação dos relatórios	Mensal	Mensal
Obrigatoriedade de realização da pesquisa / apresentação de resultados	Projeto Conte Comigo, integrado à SES/SP. Supervisão mensal quanto aos resultados obtidos. Meta: obter entre 1 e 2% de respostas relativamente aos pacientes atendidos em cada setor.	Item obrigatório constante no contrato de gestão. Supervisão mensal quanto aos resultados obtidos. Meta: obter 10% de respostas relativamente aos pacientes internados.
Formas de obtenção de respostas / Escolha de respondentes	<u>Ambulatório, PS/PA e Internação:</u> Combinação de dois critérios de obtenção das respostas: 1. Demanda espontânea. Os formulários são disponibilizados em <i>displays</i> e os usuários espontaneamente respondem às avaliações. 2. Busca ativa de respondentes por parte dos Jovens acolhedores	<u>PS/PA:</u> Demanda espontânea – os formulários ficam disponíveis em locais apropriados e os usuários espontaneamente respondem às avaliações. <u>Internação:</u> Os pacientes são abordados ao acaso nas enfermarias e convidados a participar da pesquisa.

FONTE: Da autora com base nos formulários, relatórios e entrevistas (AD₁ e OSS)

Quadro 23 - Avaliação da satisfação da clientela – AD₁ e OSS (continuação)

Dimensões comparativas	AD ₁	OSS
Pontos fortes e fracos do método empregado para apuração da satisfação do usuário	<p><u>Pontos fortes:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pesquisa abrange as três áreas assistenciais do hospital 2. Formulários abrangentes, abordando diversos aspectos da qualidade/satisfação em serviços (empatia, prontidão, instalações físicas). 3. Combinação da demanda espontânea e busca ativa na obtenção de formulários <p><u>Pontos fracos:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Altas taxas de questões em branco 2. Pequeno número de respostas em função do volume de usuários atendidos, especialmente na área de ambulatório 3. Variabilidade considerável no número de respostas mês a mês. 	<p><u>Pontos fortes:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Busca ativa de respondentes na área de internação 2. Baixos índices de questões em branco na área de internação <p><u>Pontos fracos:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pesquisa não abrange a área ambulatorial 2. Formulário utilizado na área de PS/PA pouco abrangente – focado apenas em aspectos ligados à cortesia e atenção no atendimento (empatia). Não considera outras dimensões da qualidade/satisfação em serviços (prontidão, confiabilidade, instalações). 3. Alta taxa de questões em branco no PS/PA
Principal ponto de queixa dos pacientes e as causas implícitas. Ponto de vista do(s) gestor(es) entrevistado(s)	<p><u>Queixa:</u> Demora no atendimento do PS/PA</p> <p><u>Causas:</u> Falta de sincronia entre oferta e demanda e desarticulação do sistema de saúde (problemas na rede básica de atenção)</p>	<p><u>Queixa:</u> Demora no atendimento do PS/PA</p> <p><u>Causas:</u> Desarticulação do sistema de saúde (problemas na rede básica de atenção).</p>
Principais resultados - Áreas que recebem as melhores e as piores avaliações	<p><u>PS/PA:</u> Avaliação mediana por parte dos clientes (atendimento em cerca de 43% dos casos considerado como sendo ótimo ou bom).</p> <p><u>Internação:</u> Serviços bem avaliados pelos clientes (cerca de 75% dos respondentes, em média, consideram os serviços como sendo bons ou ótimos).</p>	<p><u>PS/PA:</u> Avaliação parcial (não considera todos os itens da satisfação/qualidade em serviços) e mediana por parte dos clientes (atendimento em cerca de 52% dos casos considerado como sendo bom)</p> <p><u>Internação:</u> Serviços muito bem avaliados pelos clientes (mais de 90% dos respondentes, em média, consideram os serviços como sendo excelentes em 2003; e 80% em 2004).</p>

FONTE: Da autora com base nos formulários, relatórios e entrevistas (AD₁ e OSS)

Em primeiro lugar, destaca-se que os instrumentos utilizados para a coleta de dados no AD₁ são abrangentes, englobando itens relativos à cortesia e atenção no atendimento, instalações

(infraestrutura, limpeza e conservação do ambiente) e à prontidão no atendimento (tempo de resposta ao cliente).

Os instrumentos utilizados na OSS, por sua vez, diferem significativamente entre si. Para a área de internação é utilizado um formulário proposto pela SESSP que considera, assim como os instrumentos utilizados pelo AD₁, questões relativas às instalações usadas na prestação do serviço, a prontidão e a cortesia no atendimento. Além disso, a confiabilidade do cliente no serviço prestado pela instituição também é considerada. Em contrapartida, o formulário usado nas pesquisas nas áreas de Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento é bastante restrito e considera, em linhas gerais, somente aspectos ligados à empatia / atenção dos funcionários em relação aos clientes, desconsiderando outros aspetos ligados à qualidade percebida dos serviços. Além disso, o atendimento ambulatorial não é avaliado nas pesquisas de satisfação da OSS. As limitações da pesquisa de satisfação na OSS são reconhecidas por um de seus diretores:

A nossa, digamos que a nossa metodologia ainda, de medir a satisfação do nosso cliente, talvez não seja muito abrangente, né? A gente usa alguns instrumentos ditados pela própria secretaria, que faz parte dos indicadores de qualidade e utilizamos basicamente pesquisa de satisfação a nível de pronto-socorro. [Diretor Assistencial, OSS].

No tocante aos métodos empregados na busca de respondentes, o AD₁ combina duas metodologias – a demanda espontânea, ou seja, o paciente espontaneamente responde às pesquisas de satisfação, e a busca ativa, realizada pelos integrantes do projeto Jovens Acolhedores. Todavia, o número de respostas obtidas pode ser considerado pequeno se comparado ao volume de atividade na instituição. Há um grande número de respostas deixadas em branco por parte dos clientes, especialmente nas áreas de Pronto-Socorro e Ambulatório, o que, somado à alta variação no número de respondentes mês a mês, pode comprometer as análises.

A OSS também combina dois métodos de obtenção de respondentes – a demanda espontânea, nas áreas de Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento, e a busca ativa, na Internação. No primeiro caso, assim como no hospital AD₁, o índice de questões em branco também é elevado. No caso da internação a taxa de questões em branco fica abaixo de 1%.

No hospital AD₁ a área que recebe as melhores avaliações é a Internação. A área de Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento recebe avaliações mais negativas. O quesito “tempo de atendimento” é o que recebe as notas mais baixas.

Na OSS, a área de Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento, comparativamente à Internação, também recebe avaliações negativas. No período analisado, cerca de 52% dos respondentes consideraram o atendimento “bom” e a taxa de rejeição, ou seja, a porcentagem de usuários que consideram o atendimento “ruim” figurou na faixa dos 16%. Ainda que a taxa de aceitação na OSS seja maior do que no AD₁ nessa área, acredita-se que essa avaliação seria mais baixa se itens relativos à prontidão no atendimento (tempo de espera) fossem considerados, já que o formulário não engloba essa dimensão. Além disso, de acordo com as chefias entrevistadas, esse é o principal motivo de queixas dos clientes feitas tanto verbalmente como no espaço em branco do formulário reservado para comentários.

Nesse sentido, a despeito de todas as diferenças existentes entre os métodos de apuração da satisfação usados, os dados sugerem que não existem diferenças expressivas de satisfação entre os usuários do hospital AD₁ e da OSS em relação aos serviços prestados nas áreas de Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento. Além disso, as dificuldades encontradas pelos gestores em tal área parecem similares em ambas instituições, ou seja, a qualidade percebida dos serviços é prejudicada em função de superlotação.

Já na área de internação, os critérios utilizados para avaliação da satisfação nas duas instituições são bastante similares. No AD₁, como citado anteriormente, 75% dos respondentes consideram o atendimento desse setor como sendo bom ou ótimo. Na OSS, em seu turno, os clientes que avaliam o setor como excelente figuram na faixa de 80 % (2004) a 90% (2003). Esses resultados sugerem que, na área de internação, o usuário da OSS é mais satisfeito do que o usuário do AD₁.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo avaliar o modelo das organizações sociais paulistas de saúde por meio de um estudo comparativo com hospitais da administração direta. A comparação teve como base os critérios de desempenho estabelecidos no contrato de gestão firmado entre as organizações sociais e a SESSP. Esses critérios incluem metas de produção de serviços nas áreas de internação, urgência / emergência, ambulatório e realização de exames diagnósticos. Também contemplam a apuração de indicadores da qualidade técnica e percebida dos serviços prestados.

Foram estabelecidas seis categorias analíticas nas quais um hospital gerenciado sob a forma de organização social e dois hospitais da administração direta foram comparados. Essas categorias incluíram: 1) a descrição da instituição, da demanda por seus serviços e de sua articulação com a rede de assistência; 2) o estilo de administração adotado e a autonomia gerencial nas instituições; 3) a eficácia; 4) a eficiência; 5) a qualidade técnica dos serviços; e 6) a qualidade percebida pela clientela.

Com a caracterização das instituições e da demanda por serviços de saúde de suas regiões de atuação, percebeu-se que não existem diferenças substanciais entre os três hospitais – tratam-se de hospitais gerais, secundários e que atendem adicionalmente a uma ou mais especialidades de maior complexidade. Além disso, apresentam basicamente o mesmo tipo de articulação com a rede de assistência, ou seja, suas áreas ambulatoriais e de internação funcionam referenciadas e a urgência/emergência funciona de “portas abertas”. As três instituições atendem a distritos administrativos de baixos indicadores sociais no município de São Paulo.

O exposto sobre a administração de recursos humanos e financeiros nos hospitais da administração direta e na OSS permitiu identificar uma série de facilidades ao gestor da OSS e de dificuldades / impeditivos aos gestores dos hospitais públicos. Em sua maioria, as dificuldades impostas aos gestores da administração direta são decorrentes de restrições e controles legais e da centralização de grande parte das decisões nos níveis centrais, reduzindo sobremaneira a liberdade de tomada de decisão no nível organizacional, até mesmo em questões corriqueiras como a aplicação de medidas disciplinares aos funcionários. Acredita-se

que a administração de pessoal seja a tarefa mais difícil nos hospitais públicos, dada a estabilidade de emprego. As facilidades com as quais conta o gestor da OSS igualam o gerenciamento de recursos e pessoal na instituição estudada ao praticado em entidades privadas.

Os impeditivos verificados nas instituições da administração direta são aqueles que a reforma do setor público busca combater. A reforma gerencial da administração pública brasileira apresenta críticas ao excesso de controles burocráticos e propõe a combinação de controles de procedimentos e de resultados. Nesse sentido, a OSS atende às proposições do movimento de reforma à medida que combina as duas formas de controle – de procedimentos, exercido pelo TCE/SP e pela auditoria externa, e de resultados, exercido pela SESSP. Entretanto, dada a grande dificuldade de acesso às organizações sociais, evidenciada no desenvolvimento deste trabalho, acredita-se que a publicidade das atividades desempenhadas por essas instituições ainda não seja uma realidade.

A OSS estudada pode ser considerada eficaz, visto que cumpriu as metas contratadas com a SESSP durante o período analisado. Os hospitais da administração direta não pactuam metas com o executivo, inviabilizando estudos de eficácia nesse modelo. A ausência de metas nos hospitais da administração direta pode atuar como desestímulo aos gestores na busca de resultados. Nesse sentido, acredita-se que a utilização dos contratos de gestão possa ser estendida aos hospitais públicos, dado que sua utilização não está restrita às OS, conforme já evidenciado. A exemplo de empresas estatais francesas, brasileiras entre outras, resguardadas as devidas particularidades de cada instituição, os contratos de gestão poderiam ser aplicados como meio de responsabilização e de redução de controles burocráticos.

Devido à impossibilidade de utilização de indicadores de custos dos dois modelos de gestão e às diferenças de apuração e apresentação dos dados verificadas nos hospitais, os indicadores de eficiência / produtividade ficaram restritos a alguns tradicionais e apurados pelas instituições, notadamente na área de internação. Os indicadores de produtividade mostraram-se inferiores em um dos hospitais da administração direta (AD_2). A OSS e o hospital AD_1 apresentaram níveis de produtividade similares. Assim, com base nos indicadores utilizados não se pode atribuir ao modelo de gestão das OSS, isoladamente, a faculdade de ser mais “eficiente”. Além disso, destaca-se que qualquer atribuição de eficiência a um ou outro modelo sem a devida apuração de custos por procedimentos deve ser digna de dúvidas por

conta do grau de diversidade e complexidade envolvidos na prestação de serviços em um hospital.

No tocante à qualidade técnica da assistência, percebeu-se que um número maior de indicadores é apurado na OSS em comparação aos hospitais da administração direta. Além disso, a instituição conta com duas certificações de qualidade – a Acreditação em Nível I e o certificado ISO 9000. Estes fatos demonstram um avanço da OSS na busca da qualidade técnica dos serviços prestados. Todavia, o rodízio sistemático dos indicadores dificulta iniciativas de acompanhamento e comparação de desempenho do modelo das OSS com outros modelos de gestão. Foram comparados quatro indicadores de qualidade – taxas de infecção, mortalidade e cesárea e média de permanência. Nesse conjunto, pode-se dizer que o hospital AD₂ apresentou desempenho inferior aos outros dois hospitais. Contudo, o hospital AD₁ e a OSS apresentaram desempenhos compatíveis.

A OSS faz pesquisas de satisfação da clientela, cumprindo com as metas estipuladas no contrato de gestão. Contudo, ainda que a meta de investigação de 10% dos pacientes internados seja cumprida, ressalta-se que a pesquisa de satisfação realizada não abrange todas as áreas da instituição. Existem problemas nos métodos empregados na área de atendimento de urgência / emergência e no ambulatório não são realizadas pesquisas de qualidade percebida. Um dos hospitais da administração direta (AD₁) realiza pesquisas sistemáticas de satisfação, sugerindo que a cultura de orientação ao cliente-cidadão não é exclusiva do modelo das OSS e que esses princípios encontram-se difundidos em instituições públicas.

Diante de todo o exposto, pode-se concluir que não existem evidências, para os casos analisados, de que apenas a diferença de modelos de gestão é capaz de explicar diferenças de desempenho em termos de produtividade, qualidade e satisfação da clientela. Essa consideração está, por motivos óbvios, limitada às unidades pesquisadas. Esse trabalho contém também outras limitações, já apontadas em momentos oportunos, no desenvolvimento das categorias analíticas. Nesse sentido, uma investigação contemplando várias organizações sociais e hospitais da administração direta merece ser realizada para averiguar se esta é a realidade de outras as instituições operantes no estado de São Paulo.

Sugere-se também como trabalho futuro o desenvolvimento e a aplicação de uma mesma metodologia de custeio em hospitais gerenciados sob a forma de organização social e pertencentes à administração direta ou indireta, para que indicadores de custo possam ser apurados e comparados, fornecendo subsídios aos gestores na escolha da melhor forma de gerenciamento dos serviços públicos de saúde. Entretanto, ainda que escolher implique em dar preferência a um modelo em detrimento do outro, acredita-se na coexistência das formas de gerenciamento, bem como na aplicação de experiências positivas do modelo das OSS, como a contratação de metas, às instituições públicas, sem que isso signifique a extinção da modalidade pública de gestão.

7 REFERÊNCIAS

7.1 Citadas

ALMEIDA, C.M. Novos modelos de atenção à saúde – bases conceituais e experiências de mudanças. In: COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M. (Orgs.). **Política de saúde e inovação institucional**. Uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional – Escola de Saúde Pública, 1996.

ANDRÉ, M.A. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do Estado. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 39(3): 42-52, jul./set. 1999.

_____. Contratos de gestão como instrumentos de promoção de qualidade e produtividade no serviço público. **Indicadores de Qualidade e Produtividade**. Brasília: IPEA, 1993.

ANS. AGENCIA Nacional de Saúde Suplementar. **Programa de Qualificação da Saúde Suplementar** – 2º fase. Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/Atenc_saude2fase.pdf> Acesso em 20 maio 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, M.I. As organizações sociais na reforma do Estado brasileiro. In: PEREIRA, L.C.; GRAU, N.C. (Orgs.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999: cap. 4.

BITTAR, O.J.N. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 30(1): 311-16, fev., 1996.

BITTAR, O.J.N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, 3(12), p.21-28, jul./set, 2001.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho de Estado**. Brasília: Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado, 1995.

_____. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. **Diário Oficial [da] República da União**. Brasília, 15 maio 1998a.

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

BRESSAN, F. O método do estudo de caso. *Administração on-line*. São Paulo, 1(1), jan./fev./mar. 2000. Disponível em <http://www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm>. Acesso em 14 jul. 2004.

CARNEIRO JÚNIOR, N. **O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde**. 2002. 114f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CATALÁ, J.P.I. Governabilidade democrática na América Latina no final do século XX. In: PEREIRA, L.C.; SPINK, P. (Orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001: cap. 11.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHERCHIGLIA, M.L.; DALLARI, S.G. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 33(5): 65-84, set./out. 1999.

COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil. Políticas e Organização de Serviços**. São Paulo: Cortez, 1999.

COOPER, D.R.; SCHINDLER, P.S. **Métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

DINIZ, E. **Crise, reforma do Estado e governabilidade: Brasil, 1985-95**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

ELIAS, P.E.M. **Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político-institucional**. 1996. 173f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____. PAS: um perfil neoliberal de gestão de sistema público de saúde. *Estudos Avançados, São Paulo*, 13(35): 125-37, jan./abril. 1999.

FERLIE, E. *et alii*. **The new public management in action**. Oxford: Oxford University Press, 1996.

FERREIRA JÚNIOR, W.C. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 37(2): 243-64, mar./abril, 2003.

_____. **Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas: estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde**. 2004. 129f. Dissertação (Mestrado

em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

FLEURY, S. Reforming health care in Latin América: challenges and options. In: FLEURY, S.; BELMARTINO, S.; BARIS, E. (Orgs.). **Reshaping health care in Latin America: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil and Mexico**. Ottawa: International Development Research Centre, 2000.

_____. Reforma del Estado. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 35(5): 7-48, set./out. 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GREVE, C. *et alii*. Quangos - What's in a Name? Defining Quangos from a comparative perspective. **Governance: An International Journal of Policy and Administration**, Oxford, UK, 12(2): 129-146, abril, 1999.

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

IBAÑEZ, N. *et alii*. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, 6(2): 391-404, abr./jun. 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática. Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=t&c=204>. Acesso em 30 de março de 2005.

KETTL, D. A revolução global: reforma da administração do setor público. In: PEREIRA, L.C.; SPINK, P. (Orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001: cap. 4.

LIMA, S.M.L. O contrato de gestão e modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 30(5): 201-235, set./out.1996.

LOPES, J.R. O público não-estatal e a reforma administrativa. **A sociedade na reconstrução do Estado – orçamento e democracia**. Rio de Janeiro: Ibase, 4(8), jul., 1997.

MACHADO, C.V. **Contexto, atores, instituições: um estudo exploratório acerca das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos do município do Rio de Janeiro nos anos 90**. 1999. 95f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- MALIK, A.M.; TELES, J.P. Hospitais e programas de qualidade em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 41(3): 51-9, 2001.
- MARE. **Organizações Sociais**. Brasília: Cadernos MARE da Reforma do Estado, 1998.
- MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. São Paulo: Atlas, 2003.
- MELO, C.M.M. *et alii*. **As organizações sociais como executoras de ações públicas nas estatais**. Série monográfica nº 10. São Paulo: FSP/USP, 1998.
- MENOTI, ANDREOTTI, MAINARDI. **As organizações sociais no contexto da administração pública paulista** (Projeto - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Avaliação das organizações sociais de saúde / OSS-SP). São Paulo: FSP/USP, 1999.
- MINISTERIO DA SAUDE. **Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2002, 1ª Parte**. 2002. Disponível em < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>> Acesso em 20 maio 2005.
- MINTZBERG, H. **Managing government, governing management**. **Harvard Business Review**, Boston, 74(3): 75-86, may/jun. 1996.
- MISOCZKY, M.C. A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão. **Saúde em Debate**, Londrina: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 47: 4-7, jun. 1995.
- _____. **Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde**. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 37(2): 335-54, mar./abril. 2003.
- MODESTO, P.E.G. **Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais**. **Revista do Serviço Público**, 48(2): 27-57, maio/ago. 1997.
- OLAK, P.A. **Bases para a eficácia na aplicação do contrato de gestão nas organizações sociais brasileiras**. 2000. 117f. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal**. Um guia prático. Genebra: 1996.
- ONU. Organização das Nações Unidas. **Human Development Report**. 2002
- PAZ, L.S. Apontamentos sobre plano diretor de reforma do Estado, organizações sociais e contratos de gestão. **Revista de Administração**, São Paulo, 36(3): 36-39, jul./set. 2001.

PENTEADO FILHO, P.A. Desafios da reforma do Estado no Brasil: a questão das organizações sociais. In: **Anais do 22º Enanpad**. Foz do Iguaçu: ANPAD, 1998 (CDROM).

PEREIRA, L.C.B.; SPINK, P. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001.

PEREIRA, L.C.B.; GRAU, N.C. Entre o Estado e o mercado: o público não-estatal. In: _____. (Orgs.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999. cap. 1.

PEREIRA, L.C.B. **Reforma do Estado para a cidadania**. São Paulo: 34; Brasília: ENAP, 1998.

QUINTANA, P.B. *et alii*. **Gestión de recursos humanos em las reformas sectoriales en salud: câmbios y oportunidades**. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1996.

RICHARDSON, R.J. *et alii*. **Pesquisa Social. Métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SANO, H. **Nova gestão pública e accountability: o caso das organizações sociais paulistas**. 2003. 73f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968. Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado. 1968. **Biblioteca Virtual do Governo do Estado de São Paulo**. Disponível em <www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/estatuto%20do%20funcionarios%20publicos.pdf>. Acesso em 10 mar. 2005.

_____. Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998. **Diário Oficial [do] estado de São Paulo**. São Paulo, 5 de junho de 1998.

_____. Resolução SS-142, de 3 de dezembro de 2001. **Diário Oficial [do] Estado de São Paulo**. São Paulo, 4 dez. 2001.

SÃO PAULO. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Índice de saúde. Situação dos Distritos de Saúde do Município de São Paulo**. São Paulo: CEINFO, 2002a.

_____. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal do desenvolvimento, trabalho e solidariedade. **Desigualdade em São Paulo: o IDH**. 2002b. Disponível em http://www.trabalhosp.prefeitura.sp.gov.br/conteudo/pesquisas/Desigualdade_em_Sao_Paulo_IDH.doc. Acesso em 28 jan. 2005.

_____. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Boletim CEINFO**. São Paulo: CEINFO, 2002c. Disponível em <<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/publicacoes/0004/BoletimCEInfo07-02.pdf>>. Acesso em 28 jan. 2005.

_____. Prefeitura do Município de São Paulo. **População total e por faixa etária distritos administrativos de São Paulo**. 2004. Disponível em <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/POP/pop02.def>. Acesso em 28 de jan. 2005.

SECRETARIA de Estado da Saúde. **Projeto Jovens Acolhedores**. Disponível em <<http://saude.wnet.com.br/>>. Acesso em 20 maio 2005.

SEIXAS, P.H.A. **As organizações sociais de saúde em São Paulo, 1998-2002**. Uma visão institucional. 2003. 96f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

SELLTIZ, C. *et alii*. **Métodos de pesquisa das relações sociais**. São Paulo: Herder, 1967.

SILVA, C.E.S. Contratos de gestão nas empresas estatais: estrutura, problemas e acompanhamento. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 29(4): 60-73, out./dez. 1995.

TREBILCOCK, M. Can government be reinvented? In: BOSTON, J. (Ed.) **The State under contract**. New Zealand: Bridget Williams Books, 1995.

VAZ, J.C. As organizações sociais no contexto da reforma do Estado. In: ASSOCIAÇÃO Paulista de Saúde Pública. **Organizações sociais: público e privado na saúde**. São Paulo: APSP, 1999.

VENTURA; E.C.F.; IGARASI, L.Y.; LIMA, S.A. Organização social e contrato de gestão no contexto da reforma do Estado brasileiro. In: **Anais do 22º Enanpad**. Foz do Iguaçu: ANPAD, 1998 (CDROM).

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O.J.N.; HADDAD, N. Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. Washington, 4(5), 1998.

7.2 Consultadas

BROOKS, A.C. Can nonprofit management help answer public management's big questions? **Public Administration Review**, 62(3): 259-266, may/june, 2002.

CALIPO, S.M. **Saúde, estado e ética – NOB/96 e lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde**. 2002. 67f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; ELIAS, P.E. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 37(2): 201-6, mar./abril. 2003.

COSTA, N.R.; MELO, M.A.C. Reforma do Estado e as mudanças organizacionais no setor saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, 3(1): 52-67, jan./mar. 1998.

FADUL, E.M.C. Reforma do Estado e serviços públicos: transformação de um modelo ou adaptação a uma nova ordem social? **Revista de Administração**, São Paulo, 34(1): 70-78, jan./mar. 1999.

FERRIS, J.M.; GRADDY, E.A. Structural changes in the hospital industry, charity care, and the nonprofit role in health care. **Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly**, California, 28(1): 18-31, mar. 1999.

KLIKSBERG, B. Como reformar o Estado para enfrentar os desafios sociais do terceiro milênio. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 35(2): 19-51, mar./abr. 2001.

PEREIRA, L.C.B. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 34(4): 7-26, jul./ago. 2000.

TEIXEIRA, H.J.; KOUZMIN, A.; ANDREWS, C.W. Reestruturação e reforma do Estado: Brasil e América Latina no processo de globalização. **Revista de Administração**, São Paulo, 34(1): 5-8, jan./mar. 1999.

ZYLBERSTAJN, H.; CYRILLO, D.C.; CAMPINO, A.C.C. Reforma de serviços de saúde pública em São Paulo: uma boa idéia destruída por estratégia errada? **Revista de Administração**, São Paulo, 34(1): 79-88, jan./mar. 1999.

APÊNDICES**APÊNDICE 1: MODELO DE CORRESPONDÊNCIA ENVIADA AOS HOSPITAIS**

Ilmo. Sr.

Hospital

Ribeirão Preto, -- de ----- de 200-

Prezado Senhor,

Estamos desenvolvendo, junto ao Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, o projeto de pesquisa intitulado "As Organizações Sociais de Saúde no estado de São Paulo: um estudo comparativo de desempenho com base no Contrato de Gestão". O presente trabalho tem natureza exploratória, e, por meio de uma pesquisa de casos múltiplos, pretende estudar as diversas modalidades de gestão de hospitais no estado de São Paulo.

Nesse sentido, solicitamos sua inestimável colaboração autorizando o Hospital ---, de reconhecida atuação e competência, a participar como campo de nossa pesquisa.

Asseguramos que as informações coletadas serão tratadas de maneira confidencial e conjunta e utilizadas estritamente para fins acadêmicos, preservando a identidade dos colaboradores. Além disso, nos comprometemos em oferecer-lhe uma cópia dos resultados da pesquisa sem qualquer custo.

Em anexo, enviamos o Protocolo preliminar da pesquisa a ser realizada, para sua apreciação, e nossos dados para contato.

Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Prof. Dr. André Lucirton Costa
Coordenador PPGA – FEARP/USP

Roseli de Oliveira Machado
Mestranda PPGA – FEASP/USP

APÊNDICE 2: PROTOCOLO DE PESQUISA

Pesquisadores: Roseli de Oliveira Machado e André Lucirton Costa

Unidade: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.

Telefones para contato: (16) 602-3916; (16) 602-3903

Fax: (16) 633-4411

e-mails: roseli_machado@yahoo.com e alcosta@usp.br

1) Visão Geral do Projeto

a) Temas: Reforma do Estado; Organizações Sociais; Serviços Públicos de Saúde; Organizações Hospitalares.

b) Título: “As organizações sociais de saúde no estado de São Paulo: um estudo comparativo de desempenho com base no contrato de gestão”.

c) Objetivo do estudo: Avaliar o desempenho das organizações sociais de saúde paulistas comparativamente à modalidade estatal com base em critérios estabelecidos no contrato de gestão.

d) Proposição do estudo: O desenvolvimento do estudo de campo será baseado na proposição de que as organizações sociais de saúde, concebidas e implementadas a partir da reforma gerencial de 1995, orientada pela busca de eficiência, redução dos controles excessivos de processos, ênfase nos resultados e orientação ao cliente-cidadão, apresentam desempenho superior ao dos hospitais públicos, com base em critérios estabelecidos no contrato de gestão.

2) Procedimento de campo

a) Aspectos metodológicos: pesquisa de natureza exploratória com o uso do método do estudo de casos múltiplos.

b) Organizações estudadas: Dois hospitais estatais e dois hospitais gerenciados por entidade de direito privado sem fins lucrativos (organização social)

c) Complexidade das organizações envolvidas na pesquisa: hospital geral de nível secundário

d) Unidades de análise: diretoria e áreas técnicas

e) Fontes de levantamento de dados: i) entrevistas com os diretores dos hospitais e membros das equipes técnico-administrativas dos hospitais; ii) documentação e registro em arquivo das instituições; iii) registros em arquivo relativos à caracterização socio-demográfica e de saúde das regiões de atuação das instituições.

f) Instrumentos de coleta de dados: roteiro de entrevista

g) Gestores entrevistados

i) Diretores dos hospitais; e

ii) Membros das equipes técnico-administrativas dos hospitais -- médicos, administradores, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais etc., ocupando posições na gerência intermediária dos hospitais.

h) Executor da pesquisa: Roseli de Oliveira Machado

3) Documentos e dados da organização social de saúde

i) Nome

ii) Natureza jurídica

iii) Organograma institucional

iv) Estatutos

v) Regimentos internos

vi) Contrato de gestão firmado com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

vii) Relatórios de acompanhamento/execução do contrato de gestão

viii) Quadro de distribuição de leitos hospitalares / especialidades médicas

xix) Boletins de produção de serviços médico-hospitalares / relatórios de atividades

x) Quadro de recursos humanos

xi) Demonstrativos financeiros/orçamentários

xii) Pesquisas de satisfação da clientela realizadas

4) Documentos e dados do hospital público

- i) Nome**
- ii) Natureza jurídica**
- iii) Organograma institucional**
- iv) Estatutos**
- v) Regimentos internos**
- vi) Quadro de distribuição de leitos hospitalares / especialidades médicas**
- vii) Boletins de produção de serviços médico-hospitalares / relatórios de atividades**
- viii) Quadro de recursos humanos**
- ix) Demonstrativos financeiros/orçamentários**
- x) Pesquisas de satisfação da clientela realizadas**

5) Roteiro de entrevista para as instituições

- i) Área de abrangência da atuação do hospital**
 - municípios e/ou regiões atendidas pela instituição
- ii) Caracterização da demanda pelos serviços de saúde da região**
 - características predominantes da população – faixa etária, nível social, nível educacional, perfil epidemiológico
- iii) Caracterização da oferta de serviços de saúde da região de atuação das instituições**
 - rede de saúde existente na região, especialidades, número aproximado de leitos, articulação das instituições com a rede assistencial, natureza das instituições (pública, privada, filantrópica)
- iv) Perfil do hospital de acordo com o nível de atenção à saúde (primário, secundário, terciário)**
- v) Breve histórico da instituição como prestadora de serviços de saúde**
 - perfil da assistência prestada pela instituição anterior e atualmente
- vi) Articulação da instituição com a rede assistencial da região**
 - inserção no sistema de “referência; contra-referência”

- porta(s) de entrada no serviço

vii) Percentual aproximado de pacientes atendidos na instituição pertencentes à demanda espontânea e à demanda referenciada

viii) Caracterização da administração da instituição

- grau de autonomia no processo decisório e na alocação dos recursos
- identificação da relação técnico-administrativa da instituição com as entidades mantenedoras e com o poder público (SES/SP, Tribunal de Contas, Assembléia Legislativa, Governo do Estado): tipos de controle ou prestação de contas existentes (procedimentos/resultados), periodicidade dos controles, dificuldades existentes na relação.
- existência de Comissões de Prontuário, de Óbitos e de Infecção Hospitalar, e Serviço de atendimento ao cliente, ou outros comitês gestores, suas composições, funções e atuação junto à instituição.
- existência de áreas funcionais da instituição terceirizadas

x) Avaliação sobre o andamento do processo de parceria do Poder executivo com as organizações sociais de saúde até o momento

- cumprimento ou descumprimento das metas acordadas com a SESSP
- identificação de pontos positivos e negativos da parceria
- indicação de sugestões para melhoria

xi) Mecanismos de financiamento

- fontes de recursos da instituição e percentual de participação na receita total
- forma de repasse dos recursos (periodicidade, elementos condicionantes)
- possibilidade de negociação (e existência desse processo) de aportes adicionais de recursos

xii) Gestão de recursos humanos na instituição (públicos, se houver, e contratados diretamente pela OS)

- forma de recrutamento e seleção de pessoal
- existência de planos de carreira
- política salarial

xiii) Indicadores e políticas de qualidade da instituição

xiv) Pesquisa de satisfação da clientela

- indicadores de satisfação
- metodologia empregada na pesquisa

APÊNDICE 3: SUBCATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS - GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS E HUMANOS

Quadro 1 - Fontes de evidência – Gestão de recursos financeiros

Sub- categoria	Transcrição	Codifi- cação
Autonomia para tomar decisões	<p>O hospital pertence à administração direta da Secretaria de Saúde do Estado, de modo que segue todas as regras da administração pública... Isso se refere a licitações, a admissão de pessoal... Na questão das licitações, nós seguimos a Lei de Licitações, agora de um ano pra cá, com foco nos Pregões, a BEC... a BEC e os Pregões que são as modalidades mais usadas atualmente... para a contratação de serviços, a aquisição de materiais. Enfim, tem que seguir toda a norma legal no que se refere à contratação e à aquisição de insumos para o hospital. [Diretor, AD1].</p>	1
	<p>[...] enfim, dentro do serviço público o que, o máximo de autonomia que se pode ter dentro de uma unidade orçamentária nós temos. Nós realizamos todas as compras aqui do hospital, a gente não depende da unidade central, da secretaria, para fazer as nossas compras. Nós dependemos, claro, do recurso financeiro, mas nós temos autonomia para comprar aquilo que nós achamos que devemos comprar. [Diretor de Enfermagem, AD1].</p> <p>Todos os nossos processos de compra de licitação, dependem também da aprovação do nível superior, apesar da gente ter uma dotação orçamentária que sempre tem que avaliar e tem um valor determinado [...]. [Diretor de Apoio Clínico, AD2].</p>	
	<p>Bom, aqui nesse nível de administração a gente não tem muita autonomia não. Porque veja bem, nós fazemos o orçamento e os recursos ficam alocados lá na coordenação, então na verdade nós não temos recursos aqui [...]. Então na verdade a unidade não fica com nenhum centavo, a gente depende tudo da liberação da coordenação. E pra investimentos também. [Diretor GTGH, AD2].</p> <p>Isso atrapalha porque imagina, você junta um monte de processo aí por uma coisa que você poderia resolver às vezes numa linha, numa conversa, mas também não poderia ser assim porque a burocracia é necessária porque nós não somos donos do negócio então a gente tem que registrar tudo o que a gente faz, mas existem excessos aí... Assim, existe o excesso já por lei e pessoas que conseguem burocratizar mais ainda, então o negócio já é burocratizado e tem gente que estica a burocracia e aí a gente fica engessado, fica pesado. [Diretor GTGH, AD2].</p>	
	<p>Olha, autonomia parcial. Depende muito das determinações e das normas da secretaria. Quanto à locação de recursos, isso a gente pode fazer através de uma tomada direta de preço ou então através de preço pra compra de material. Isso varia muito de acordo com o valor que é necessário para aquisição de material e compra de equipamentos [...] o que difere um pouco da OS que você não tem a necessidade de licitar. [Diretor Clínico, AD2].</p>	
	<p>Eu acho que o grande ponto positivo [...] inegavelmente, é a autonomia. Isso é uma coisa absolutamente importante. [...] a autonomia é essencial, é fundamental, é o maior ponto dessa relação toda. Todos os demais são decorrentes [Diretor Executivo, OSS].</p>	
	<p>Ponto positivo, você ter liberdade de gerência, de gestão, não é uma coisa engessada. [Diretor Executivo, OSS].</p> <p>Essa forma de gestão de organização social a gente entende como talvez seja mais efetiva porque ela sai daquela máquina administrativa né, de gestão pública... Então, por exemplo, todas as nossas compras, aquisições, tudo é feito internamente [...] [Diretor Assistencial, OSS].</p>	2

Quadro 1 - Fontes de evidência - Gestão de recursos financeiros (continuação)

Fontes de recursos e percentual de participação na receita	<p>O hospital depende integralmente de recursos orçamentários, nós não temos nenhuma receita própria. É um hospital 100% SUS, vinculado à administração direta, então ele depende de recursos orçamentários. [Diretor, AD1].</p> <p>Basicamente, a fonte de recursos é única, que é do Tesouro do Estado de São Paulo. Esse recurso é repassado, é uma dotação orçamentária, é repassado pela Secretaria de Estado (Saúde), anualmente. Paralelo a isso, esporadicamente a gente também tem alguns recursos do FUNDS. O FUNDS nada mais é do que essa geração de recursos que é feita por parte do faturamento dos hospitais estaduais. [Diretor de Apoio Clínico, AD1].</p> <p>Mas no caso é o orçamento da Fazenda, né? [Diretor GTGH, AD2].</p>	3
Possibilidade de fontes adicionais de recursos	<p>[...] o nosso único recurso é o custeio da própria secretaria. Eventualmente assim, a gente tem aí alguma doação, de alguma entidade, mas isso é uma coisa muito esporádica e ela não chega a afetar. [Diretor Assistencial, OSS].</p> <p>Então, a gente também deve uma certa satisfação do nosso desempenho, apesar de não utilizarmos um centavo da própria Associação, a Associação não pode nos doar nada, enfim, ela não pode injetar nenhum dinheiro [...]. [Diretor Assistencial, OSS].</p> <p>De que forma que eu consigo isso? [Recursos financeiros para investimentos] Um, da secretaria é claro, na solicitação que eu pedi no nosso orçamento um valor de investimento, [...]. Dois, a iniciativa privada, exemplo, nós queríamos montar um banco de leite humano, existe uma empresa que faz a venda de nutrições enterais, parenterais e que nós colocamos essa nossa necessidade, então ele tem um contrato, vendendo o mesmo preço que você vendeu, melhor preço de mercado [...]. Ele tem um contrato de fornecimento de um ano, mas um ano sob vigência, ou seja, se no terceiro mês ele tá vendendo acima do mercado, ele perde o contrato e sai fora. Se ele se maniver de igual para menos, ele tem um ano exclusivo, isso é contratual [...]. Muito bem, em troca desse contrato exclusivo, nós montamos um banco de leite. Então, nós financiamos de uma forma indireta. É uma liberdade de autonomia que a gente tem, o Estado não teria. Fonte três: o banco obviamente [...]. Então, você vai lá financia, negocia uma taxa de juros pequena, pega o dinheiro, investe aqui dentro, e vai pagar aquilo mês a mês [...]. Isso na verdade: não é investimento, é tomador de dinheiro. Mas da mesma forma você pode tomar dinheiro para um investimento. Como você vai pagar? Se você previu um lastrozinho no teu orçamento você tem como fazer. Isso depende também de como você negociou o orçamento. E por via além do Estado, além da iniciativa privada, além de financeiras efetivamente, você tem programas e linhas de crédito do governo federal. Você também pode entrar, que são linhas financeiras diferenciadas, mas é uma forma de você conseguir investir, de uma forma mais suave e muitas vezes a longo prazo. Ai você já foge de um ano e parte para dois três anos, uma coisa assim, que você tem que ter na primeira vez muito cuidado também porque você tem ano a ano fechado, e não uma coisa de cinco anos, muitas vezes, mas são fontes que você pode utilizar. [Diretor Executivo, OSS].</p> <p>Usa-se a iniciativa privada e outras fontes que a gente acaba explorando e toma investimento. Exemplo: todo o nosso estacionamento é terceirizado com sistema de meia, ou seja, o que é auferido, metade desse valor é da empresa, e metade é repassado ao hospital, que por sua vez, esse dinheiro é extra-orçamentário e é utilizado em investimentos. Assim também a lanchonete que tá lá fora, que pagam aluguel, a gente faz da mesma forma. Entre outros espaços que por ventura você pode ceder naquele instante e auferir uma renda. São as receitas não-operacionais. [Diretor Executivo, OSS].</p>	4

Quadro 1 - Fontes de evidência – Gestão de recursos financeiros (continuação)

<p>O orçamento do hospital ele é basicamente é distribuído com base na série histórica. Nós temos um padrão de consumo, padrão de execução orçamentária, ao longo dos anos, e ele tem sofrido alguns acréscimos ao longo dos anos [...]. Mas, basicamente, ele segue o orçamento anterior com alguma margem de acréscimo. Isso é colocado na proposta orçamentária. E há um limite para a proposta orçamentária, que esse limite é dado basicamente pelas séries históricas, pelo desempenho orçamentário de exercícios anteriores. [Diretor, AD1].</p> <p>O de contrato a gente passa para eles o valor da base mensal de cada contrato e até quando o contrato tá vigente, tá? [...] utilidade pública teria que ser vezes 12 mesmo, a base mensal estimada vezes 12 e de material de consumo a gente trabalha basicamente com histórico. E como o hospital tem 13 anos, a gente trabalha em cima de uma histórica e do que está previsto para o ano. [Executivo Público, AD1].</p> <p>Mas não importa se você faturou mais ou menos, esse valor [das AHH's] mais ou menos vai para Secretaria, mas não tá vinculado à unidade, vai mais da necessidade. De repente eu tô precisando de uma reforma que o outro hospital não tá. E no ano seguinte ele tá. Esse recurso [do FUNDS] é administrado pela Secretaria da Saúde, pela coordenação. Ele não é da unidade. [Executivo Público, AD1].</p> <p>Só que assim, o que nós faturamos [AHH, faturadas contra o SUS] ele não reverte totalmente pro hospital [...]. Esse recurso fica na secretaria, de Estado, e lá é feito tipo um rateio entre todos os hospitais estaduais. [Diretor de Apoio Clínico, AD1].</p> <p>Então a gente faz o orçamento no mês de julho pra... mesmo pra serviços e pra material de consumo existe um teto pré-estabelecido, então a principio ele só é repetido, o que a gente acrescenta mais é na expansão, mas geralmente a expansão sempre é negociada, ela não sai automaticamente [...]. [Diretor GTGH, AD2].</p> <p>Então assim, pra material de consumo nós temos uma série histórica e esses recursos eles são definidos de acordo com essa história [...] eles pegam os quatro milhões dividem por doze e aí dá uma base mensal que é trezentos e poucos mil reais por mês pra material de consumo e a gente tem que ir se mantendo dentro desses valores. [Diretor GTGH, AD2].</p> <p>[...] é geralmente em cima de uma série histórica né. Então eles têm lá o histórico do hospital, quantos leitos o hospital tem, qual que essa variação da taxa de utilização de leitos. Na verdade a Fazenda, o Planejamento, eles já têm um custo, a Secretaria da Saúde já tem um custo do hospital, então eles já sabem mais ou menos quanto o nosso hospital custa. [Diretor GTGH, AD2].</p> <p>A gente tem uma verba de adiantamento que é uma verba pequena de 10.000,00 que ela vem mensal pra algumas despesas miúdas. Esses valores são repassados todo mês [...], e a gente tem a delegação orçamentária, tanto dos recursos humanos que não é manuseado pela gente, mas nós temos que relatar, informar, ver o estado de frequência [Diretor de Apoio Clínico, AD2].</p> <p>[...] eu tenho um orçamento num ano, com doze parcelas repassadas. Normalmente um repasse mensal, e avaliação trimestral de metas e desempenho. [Diretor Executivo, OSSJ].</p> <p>Atualmente, ele é re-pactuado, os valores, e o orçamento é anual. E acertado aquele valor anual, ele é dividido em exatamente 12 parcelas iguais. [Diretor Assistencial, OSSJ].</p> <p>[...] quando você fecha o orçamento, você fecha o orçamento com dois grandes blocos, um bloco chama-se custeio, ou seja, o que vai custar para aquilo andar... é funcionário, é salário, é luz, é água, o custeio efetivo da casa. O outro bloco é o investimento, aquilo que se não tiver melhora não pára, porque o custeio lá lá [Diretor Executivo, OSSJ].</p> <p>Eu tenho um orçamento, eu tenho uma meta [...]. Quando eu estou abaixo da minha meta, eles têm o direito de ajustar o meu orçamento até onde eu estou abaixo. Onde? Na parte variável. Que é o único mecanismo que se tem para ajustar, para mais ou para menos. O contrato de gestão prevê também, em linhas gerais, que se você tiver 15% acima da sua meta, ou 15% abaixo da sua meta, você estabelece como normal o tratamento. Então, não se cobra mais, não se tira mais orçamento, se mantém. Aceita-se como admissível 15 acima, ou 15% abaixo. [Diretor Executivo, OSSJ].</p> <p>[...] a gente eventualmente pode ser... pode ser descontado no custeio em função do não-cumprimento das metas. Então, a gente tem uma preocupação muito grande no cumprimento das metas. O que não é difícil, porque a demanda sempre é muito grande. [Diretor Assistencial, OSSJ].</p> <p>Então a gente tem essa avaliação trimestral junto com a Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, que é o departamento da secretaria. Além desses números, de metas, de produção ainda tem alguns indicadores de qualidade [...]. [Diretor Assistencial, OSSJ].</p>	<p>Repasso dos recursos</p>
5	
6	

Quadro 1 - Fontes de evidência - Gestão de recursos financeiros (continuação)

Negociação de aportes adicionais de recursos	
	<p>Há possibilidade sim [de negociação]. Sempre está aberta a possibilidade, tem as justificativas, mostrando a execução, a produção, a evolução da produção, o índice inflacionário. Existem vários argumentos ou necessidades eventuais. Por exemplo, equipamentos né, tem que se fazer justificativas. Com isso se pode ampliar o orçamento. [Diretor, AD1].</p> <p>[...] nunca é fácil... [a negociação]. Os orçamentos públicos são apertados, as necessidades são sempre maiores do que as disponibilidades. Então, sempre há um exercício de negociação, de conversa, de demonstração. [Diretor, AD1].</p> <p>Essa... eu diria briga, porque é uma briga mesmo, começa em julho. Porque, como eu te falei, a gente tem um teto. De serviços, que são os nossos contratos. A coordenação já sabe que a gente tem aquilo, é contrato, o Estado tem que garantir o pagamento desses contratos. Então não tem muito problema não. Agora, em relação a material de consumo, a gente tem um teto e normalmente esse teto é menor do que a gente tem necessidade. [Executivo Público, AD1].</p> <p>Ele [recurso] vem, mas vem... demora. Tem que brigar muito. Tem que provar muito. Sabe, a gente faz muito levantamento financeiro para mostrar que tá subindo o material. Que a demanda sobe e a Secretaria também depende da Fazenda, do Planejamento... A gente consegue, mas não consegue tudo o que a gente gostaria. Na verdade, essa demanda, ela vai ficando parada, acumulada. [Executivo Público, AD1].</p> <p>Ela é morosa, mas acontece. [...] mas não é fácil. [Diretor de Apoio Clínico, AD1].</p> <p>Esse orçamento que a gente trabalha e que estou falando, está relacionado à contratação de serviços de terceiros e compras de materiais, insumos e manutenção. Nesta época do ano, a partir de agosto, setembro, outubro, acabou o recurso, o orçamento e então a gente tem que pedir uma suplementação de verba, a gente tem que negociar passo a passo. Às vezes, eles liberam uma dotação nova orçamentária ou a cada processo eu tenho que ir lá, e conversar, pedir pra liberar e demonstrar a importância o quanto que é estratégico, qual o problema que a gente tem se a gente não tiver aquele recurso liberado, tem que ser negociado sim, portanto existe a possibilidade. [Diretor de Apoio Clínico, AD2].</p> <p>Ela [negociação] é factível. Esse ano, por exemplo, a gente teve aí a quebra do tomógrafo. Ele é um equipamento de porte grande e tal. E ele saiu muito caro, a troca do tubo [...]. Então esses gastos muito grandes, eventuais, a gente negocia com a secretaria, eles vão lá, fazem um termo aditivo, e nos auxiliam no custeio, principalmente de custeio, ter que repor algum equipamento. [...] todas essas grandes despesas a gente faz uma negociação pontual com a secretaria e normalmente eles têm nos atendido através de termo aditivo. Fora do custeio. [Diretor Assistencial, OSS].</p> <p>Esse tipo de entendimento, essa maleabilidade conosco, tem que haver. Isso ocorre também. [Diretor Executivo, OSS].</p> <p>Não, a nível de custeio não. Se eventualmente a gente extrapolar, gasiar demais, isso é responsabilidade do gestor depois de ir ao longo dos meses ajustando. [Diretor Assistencial, OSS].</p> <p>O que pode ocorrer não é, eventualmente, você gerir de uma forma indevida, vamos dizer assim, mas você ter uma demanda acima daquilo que todo mundo previa. Quando ocorre isso, você volta ao Estado e fala "Olha, existe uma parte variável do nosso atendimento e essa parte variável extrapolar por questões de uma demanda livre". Essa parte variável é prevista no contrato, então, eventualmente, existem termos aditivos que vão contemplar financeiramente aquele incidente que foi não previsto, nem por nós, nem pelo Estado. [Diretor Executivo, OSS].</p> <p>Perfeitamente, ocorre. E não é muito difícil ocorrer também não. Para você ter uma idéia, agosto, setembro, outubro e novembro, nesses quatro meses, nós já fizemos pelo menos uns quatro ou cinco termos aditivos sobre situações aleatórias. Pontualíssimas, sim, mas com interferência direta financeiramente, aumento extraordinário no primeiro semestre da demanda no pronto-socorro. O aumento de internação que ocorreu, que não era uma coisa do mês, mas que foi uma coisa que interferiu. O problema do laboratório. Então, existem situações em que se tem que constatar, comprovar, quantificar, validar e levar para negociar. [Diretor Executivo, OSS].</p>
	7
	8

Quadro 1 - Fontes de evidência – Gestão de recursos financeiros (continuação)

<p>[...] ele [orçamento] vem meio que fechado. [...] nós temos a demanda, os processos são montados, é colocado nesse portal [Portal de Finanças] e a secretaria manda... manda naquele elemento de despesa, naquela classificação... utilidade pública (luz, água, telefone, gás...), o recurso vem pra aquilo, e a gente não tem autonomia pra ta trocando o recurso de elemento não... isso é a nível de secretaria e coordenação. [Executivo Público, AD1].</p>	9
<p>Nós temos uma dotação orçamentária [...] o que é investimento, o que é obra, material, medicamento, enfim está tudo discriminado, então a gente tem um orçamento determinado e à medida que vai fazendo o processo de compras, nós temos a autonomia para verificar o que vai comprar, que material vai comprar, que empresa precisa contratar de prestação de serviço e em cima dessa dotação orçamentária, temos a autonomia de elaborarmos o edital para comprar o produto ou contratar a empresa, naturalmente este edital é submetido a uma análise e liberação centralizada, toda compra que a gente faz, ou quase toda só as despesas mûdas. [Diretor de Apoio Clínico, AD2].</p>	
<p>[...] quer dizer, esse gesso nós não temos [Lei de Licitações], nós podemos chamar três boas empresas, elas dão a proposta, fazer um processo de compra, o melhor preço, não necessariamente o menor, mas o melhor preço ganhou... [Diretor Executivo, OSS].</p>	
<p>Mas fora isso [cumprimento das metas], toda autonomia para você fazer investimentos, contratar serviços, contratar assessorias. [Diretor Executivo, OSS].</p>	
<p>Primeiramente, a autonomia para nós é total, quer dizer, você tem total condições e autonomia e liberdade para você gerir da forma que você julgar conveniente. O único fator limitador nosso, não é quem, mas a pergunta é "O quê"? Uma vez que se estabeleceu nesse ano o orçamento do ano seguinte, é aquilo que você vai ter... então qualquer administração que você fizer de forma não planejada, o que pode acontecer é você não ter dinheiro ou entrar numa situação deficitária. [Diretor Executivo, OSS].</p>	10
<p>Nós temos um regulamento de compras né, e a gente obedece a esse regulamento de compras e a gente tem... e a gente tem autonomia para negociar e tal, não existe aquele problema da licitação, e tal, então a gente consegue otimizar muito na questão do poder de compra, poder de negociação, e como isso é uma coisa muito ágil, né, você consegue trabalhar diretamente com o fornecedor, você consegue também trabalhar com estoque baixo. Então, se você tem um processo de compras muito demorado, você tem que ter um volume maior, um almoxarifado maior... e sem dívida, material parado é dinheiro parado. Então a gente consegue administrar... o nosso estoque hoje ta girando em 15 a 20 dias. Quer dizer, a gente consegue girar muito rápido, então, essa facilidade de você... essa autonomia que a gente tem pra fazer as compras e tudo mais. [Diretor Assistencial, OSS].</p>	

Execução do orçamento

Quadro 1 - Fontes de evidência – Gestão de recursos financeiros (continuação)

Fiscalização e formas de controle exercidas sobre a aplicação / alocação de recursos	
	<p>Existe também um controle pelo órgão fazendário, que é o da Fazenda do Estado, através de um órgão da Contadoria do Estado, existe um controle externo, através do Tribunal de Contas. Isso é feito através de inspeções anuais, uma ou duas vezes ao ano é feita uma inspeção, e no caso da Fazenda, existem inspeções também. E existe a auditoria documental, através de documentos é feita uma análise e auditoria de documentos e recomendações e o que depender da análise que for feita. [Diretor, AD1].</p> <p>Existe um controle interno que é o feito pelo próprio nível hierárquico superior, que é a Coordenadoria, existe ali um controle da utilização dos recursos, da produção [...] Esse relatório é mensal. Existe um modelo padrão que é o relatório RMFH, que é encaminhado mensalmente à Coordenadoria, com dados de produção, indicadores... [Diretor, AD1].</p> <p>Ai tem a parte da fiscalização externa, que é o Tribunal de Contas, mas têm outras unidades que podem tá pedindo também. Esse pessoal, também, eles vêm uma vez por ano e eles podem basicamente as mesmas coisas. Olham todos os processos, ou aleatoriamente alguns processos, de compras, financeiro, dos adiantamentos eles procuram olhar todos [...] Assim, independente deles virem uma vez por ano... o tribunal ultimamente, às vezes, nem vem uma vez por ano, eles pedem alguns processos para eles olharem lá. [Executivo Público, AD1].</p> <p>O controle interno, além da gerência da unidade é claro estar administrando, pedindo justificativa de tudo aquilo, tem o controle interno que a gente chama de controle da Secretaria da Fazenda, que são os controladores e auditores da Secretaria da Fazenda. Então como a gente trabalha, eu te falei que a gente trabalha por sistema, eles estão constantemente <i>on-line</i> monitorando isso [...] Se você fez uma despesa lá que não é daquela atividade, eles estão questionando, estão constantemente olhando, eles vêm praticamente uma vez por ano aqui, o pessoal da Fazenda, que a gente chama de fiscalização interna, que seria da mesma administração direta, faz parte do Executivo. [Executivo Público, AD1].</p> <p>[...] eles [auditores da Secretaria da Fazenda] ficam monitorando isso, eles monitoram através do sistema SIAFEN, SIAFISICO e vêm aqui, fazer a fiscalização. Normalmente eles vêm uma vez por ano, vêm umas duas pessoas, umas duas vezes por ano, ficam 10, 15 dias. Eles fazem relatórios, depois mandam o relatório para a diretoria, para a própria diretoria deles, da Fazenda e para a Coordenadoria, da Secretaria da Fazenda. [Executivo Público, AD1].</p> <p>Todos os nossos processos estão sujeitos à verificação do Tribunal de Contas, isso é feito regularmente. Além disso, tem a secretaria da saúde, o governo do estado, tem a ouvidoria que eventualmente faz algum contato, o mais comum seria um pedido de verificação de alguma situação [...]. [Diretor de Apoio Clínico, AD2].</p> <p>[...] mas assim regularmente a auditoria que nós temos é do Tribunal de Contas do estado de São Paulo e às vezes alguma coisa federal porque quando a gente tem algum repasse federal, mas em função desse recurso que é passado pelo governo federal através dessas AIHs, mas isso é raro. A gente tem geralmente o Tribunal de Contas que ocorre uma vez por ano, mas a gente tem agora das CCI 6 que é da Fazenda né, do estado de São Paulo. Controle a gente tem bastante [...] agora com o advento da informática então a gente tem aí SIAFEM, SIAFISICO, então tudo o que a gente faz, tudo, aqui não se compra uma caneta, uma agulha sem cadastrar no sistema. Então a Casa Civil faz o controle, a Fazenda faz, o Planejamento faz, lá em cima todo mundo sabe o que os hospitais estão gastando, quanto eu tô pagando, quanto eu comprei, que período que a gente comprou, de quem que a gente comprou. [Diretor GTGH, AD2].</p> <p>Então, o controle maior é através do SIAFEM e SIAFISICO, que são sistemas de controle que o governo implantou. A gente tem auditorias nas documentações, tem os processos dependendo do valor que a gente assim que terminou a licitação, assim que terminou a gente firma um contrato que tem que mandar pro Tribunal de Contas, a gente tem esse tipo de auditoria e tem a auditoria <i>in loco</i> também, uma vez por ano eles vêm e aí eles fiscalizam documentação, almoxarifado [...]. Folha de RH, processo de aposentadoria, processo de compra, processos de adiantamentos que eles dão pra pequenas despesas, tem toda a parte burocrática principalmente de compras que eles fiscalizam uma vez por ano [...] então antes eles tinham que vir aqui fazer auditoria, agora eles não precisam mais porque eles já têm os dados diariamente, é <i>on-line</i>. [Diretor GTGH, AD2].</p>

Quadro 1 - Fontes de evidência – Gestão de recursos financeiros (continuação)

Fiscalização e formas de controle exercidas sobre a aplicação / alocação de recursos	
11	<p>Presta, presta [contas à SES/SP]. Tem o controle né, de quantos leitos que o hospital tem, leitos ativos, às vezes, como eu já coloquei pra você, o hospital tem capacidade física instalada pra 220 leitos, mas desde que esse hospital foi aberto ele nunca operou com 220 leitos não, sempre fica em 160, 180, mas isso porque a gente não tem uma política de RH. [Diretor GTGH, AD2].</p> <p>A fiscalização final é feita por duas fontes, na verdade. Uma fonte é a obrigatória e legal, que é o Tribunal de Contas do Estado. Então, todo ano o TCE vem, levanta tudo do ano anterior, de janeiro a dezembro, simplesmente tudo. E emite pareceres que você tem que estar dentro do normal. E a lei diz que você também tem que passar por uma auditoria de serviços independentes ao Estado e a você, que faça um trabalho semelhante uma vez por ano. [Diretor Executivo, OSS].</p> <p>É claro que toda essa autonomia, ela tem que ser muito bem documentada, porque nós sofremos auditoria do Tribunal de Contas, e é uma auditoria sistemática anual. Não passa batido, é uma coisa que é feita sistematicamente mesmo. Então, a gente tem todo o nosso regulamento, todas as nossas regras seguidas, de uma forma bem transparente, né, bem controlada. [Diretor Assistencial, OSS].</p> <p>E, tem uma visita anual e ele [Tribunal de Contas] fica aqui praticamente de uma semana a 10 dias rastreando todas as contas, todos os processos administrativos, financeiros... Fora isso, a própria Associação, a Congregação de Santa Catarina contrata auditores independentes para fazer toda a parte de auditoria, principalmente financeira, contábil, então a gente procura manter os nossos papéis, enfim, em ordem [...]. [Diretor Assistencial, OSS].</p> <p>Agora, mês a mês, nós enviamos à secretaria todos os dados referentes aos nossos atendimentos, que dizem respeito à nossa meta, todos os meses. E a cada 4 meses, ou seja, na verdade, a cada 3 meses, são quatro análises. A cada três meses, a gente faz a análise do trimestre anterior, junto com a secretária (...). Então, quando a gente fala que nós podemos estar 15% acima ou 15% abaixo, não é mês a mês, não, é no trimestre. Quando a gente tem uma análise do último trimestre, o trimestre tem que estar dentro da faixa, 15% acima, ou 15% abaixo. [Diretor Executivo, OSS].</p> <p>[...] dentro do contrato de gestão a gente tem uma série de metas, exigências. Essas metas e exigências são avaliadas trimestralmente, né, inclusive, ela tem uma parte chamada parte variável, né? A gente tem aquele custeio mensal fixo, mas parte desse fixo, ele é variável em função do cumprimento das metas [...]. [Diretor Assistencial, OSS].</p> <p>Não só isso, como também é feita uma análise contábil dentro da secretaria... "Você está com um gapzinho acima ou abaixo em relação à sua receita / despesa". Isso também é analisado, são quatro análises/ano. [Diretor Executivo, OSS].</p> <p>[...] nós temos algumas coisas que são avaliadas aqui dentro, nós temos dentro do Pedreira algumas comissões. Uma comissão, por exemplo, que a gente tem e que é muito importante, chama-se NIS (Núcleo de Informação de Saúde). O NIS se compõe de vários profissionais [...]. Em que a cada 10 dias se analisa todos os dados da nossa meta, dos últimos 10 dias. Então nos dias 12 e 13 eu fecho de 1 a 10, nos dias 22, 23 eu fecho de 10 a 20, de 1 a 20... e nos dias 3, 4 do mês seguinte eu fecho o mês. [Diretor Executivo, OSS].</p> <p>Fora isso a gente tem [...] como nós somos uma das casas digamos assim da própria Associação, da própria Congregação, ela também tem uma forma sistematizada de controlar as suas casas, enfim, que são geridas pela própria Associação. Então, a gente também deve uma certa satisfação do nosso desempenho [...], então a gente tem uma série de indicadores também que nós preenchemos para avaliação, prestar contas. Ai, nós trabalhamos com mais 80 indicadores não só de ... econômicos, financeiros, mas de qualidade, então, a gente tem aí uma série de controles, de tudo quanto é lado [...]. [Diretor Assistencial, OSS].</p>
12	

Quadro 2 - Fontes de evidência – Gestão de recursos humanos (continuação)

Regime de contratação de mão-de-obra	<p>Então, o que nós temos como legislação aqui no Estado é o efetivo, que é o regido pela Lei 10.000, o função-atividade, que é o regido pela Lei 500, tem o 733 que é o contrato temporário por 12 meses, tem o CLT que é uma forma também de contratação dentro do Estado. Temos as pessoas que eram do INAMPIS e vieram para cá e temos alguns afastados da prefeitura. Então, são praticamente seis formas de regimes jurídicos dentro da mesma instituição e pra cada uma delas você tem vantagens e benefícios diferenciados. Então, o maior entreve, para a área de RH é você ter condições de organizar esse serviço de RH considerando todas essas variáveis que pra um pode, pra outro não pode, pra um existe a concessão de um benefício, pra outro não. A gente tem que estar muito atento a tudo isso. E essas leis também vão definir as formas diferentes de contratos e vão definir algumas diferenças de salário. [Diretor de RH, AD1].</p> <p>[...] um dos problemas que nós temos é que são várias modalidades de contratação, Lei 500, 733, o temporário e efetivo tem ainda o funcionário celetista e muitas modalidades. [Diretor de Apoio Clínico, AD2].</p> <p>A mesma coisa com relação ao RH... como a gente não tem aquele vínculo empregatício... são todos celetistas, os funcionários são celetistas, não tem nenhum público, nós temos ainda a forma de serviços terceirizados, pessoa jurídica, contratos, né... e temos também o modelo de cooperativas, que é mais para a área médica, então, nós contratamos uma cooperativa médica. Então, essas são as três formas de administração de pessoal que nós temos aqui. Então, também é uma forma de você agilizar muitas decisões. [Diretor Assistencial, OSS].</p> <p>Então, o processo seletivo é isso, a gente faz uma ampla divulgação através do diário oficial. Os critérios e os requisitos são gerais, né? Acima de 18 anos, com habilitação e certificação pra categoria que está sendo pedida, e define carga horária e disponibilidade, que a pessoa não pode ter outro vínculo empregatício para algumas funções. [Diretor de RH, AD1].</p> <p>[...] aí é aplicada uma prova, né. Essa prova é de conhecimentos específicos, com questões objetivas. As questões são avaliadas de acordo com uma régua, que se define e existe a classificação. [Diretor RH, AD1].</p> <p>Esse processo seletivo, ele nos limita no que se refere a você buscar no mercado um profissional de melhor qualificação, porque eu não posso, considerando que o concurso público, ele avalia o seu conhecimento técnico, lá, se eu preciso contratar um médico de uma especialidade específica, eu vou tentar na prova trazer para a instituição, o melhor médico cirurgião plástico de acordo com a nossa necessidade, mas eu não tenho, dentro dessa limitação que o Estado impõe, como trazer o melhor cirurgião plástico, com o melhor perfil para a minha clientela. Porque as provas subjetivas, elas não são muito bem aceitas, em função de que denotam uma subjetividade de avaliação. [Diretor de RH, AD1].</p>	5
Recrutamento e seleção de pessoal	<p>Eu acho que o maior problema que a gente percebe, assim, e a gente consegue ver isso acontecendo depois, né, é quando você traz esse profissional para o hospital... às vezes, você traz melhor profissional, porém não é aquele que tem maior habilidade no trato com a população [...]. O que a gente percebe é que eles vêm para a instituição, eles têm um conhecimento, que acertaram na prova, o número de questões exigidas, mas eles não conseguem estabelecer vínculo com a organização, não conseguem... você pode tentar o que você quiser, mas não conseguem... às vezes vem alguma queixa que é por causa do salário, mas não é... nem sempre é assim. [Diretor de RH, AD1].</p>	7

Quadro 2 - Fontes de evidência - Gestão de recursos humanos (continuação)

Recrutamento e seleção de pessoal	
	<p>Para a disponibilidade de uma vaga, é todo esse processo, que em média, dura cinco, seis meses... Então, digamos que eu tenha uma vaga hoje no hospital, nessa lógica do concurso público, eu demoraria seis meses para repor esse profissional dentro do nosso quadro. [Diretor de RH, AD1].</p>
	<p>Mas nós temos outras possibilidades de trazer esse profissional... Imagina, o hospital não pode parar esperando seis meses para que o técnico volte, que o operacional volte. Então, nós temos um dispositivo que nos permite fazer a reposição desse pessoal através de um processo seletivo ou de uma avaliação curricular... depende da categoria... E através desses dois certames a gente pode repor essa pessoa com menos de 30 dias, através de um contrato temporário de 12 meses e fica o compromisso da administração de regularizar a situação, ou seja, chamar para um concurso público, para que venham a ocupar uma vaga efetiva. [Diretor de RH, AD1].</p>
	<p>Quando a gente tem uma necessidade, às vezes a gente tem a vaga, só que demora às vezes seis meses pra sair uma admissão. [Responsável pelo RH, AD2].</p>
	<p>A partir desse ano, nós implantamos gestão por competências, então nós descrevemos todos os cargos, com todas as habilidades, atitudes, e tudo o que é necessário para ocupar aquele cargo... eu tenho desde a descrição da tarefa até a descrição do que eu quero técnica e comportamentalmente dessa pessoa [Gerente de RH, OSS].</p>
	<p>[...] quando essa vaga chega, a primeira coisa que a gente faz é vê se pode ser feito aqui dentro. [...] que é assim, vamos mapear para ver se aqui dentro existe esse talento. Se existir, com certeza vai ser interno. [Gerente de RH, OSS].</p>
	<p>[...] eu eu tenho uma vaga num nível qualquer, primeiro eu faço [...], para saber quem que eu posso promover para essa vaga, internamente [Diretor Executivo, OSS].</p>
	<p>[...] esses currículos são triados, de acordo com a região, enfim... especialidade, enfim, a gente tem um arquivo de currículos que é renovado a cada seis meses, que é um arquivo físico mesmo, tem uma pessoa só para fazer isso... além disso, a gente se utiliza de sites de custo zero... consultoria custo zero... a Catho, que você anuncia a vaga e eles te encaminham... o Centro de Solidariedade do Trabalhador, essas são as nossas formas de recrutamento. [Gerente de RH, OSS].</p>
	<p>[...] a gente faz uma avaliação prévia dos currículos, dependendo da área a gente faz uma avaliação técnica, provas, testes, faz-se toda uma avaliação de perfil psicológico... tem dinâmica, temos testes psicológicos, dinâmica de grupo... o nosso processo seletivo é bastante rigoroso... entrevistas. [Diretor Assistencial, OSS].</p>
	<p>O que eu percebo é assim, em comparação ao serviço puramente público, a gente tem uma agilidade muito maior, na reposição dos cargos [...] trinta dias para a pessoa começar. Do surgimento da vaga até a pessoa começar, trinta dias. A não ser que seja um cargo mais específico, que tenha uma dificuldade maior de mercado, senão, no máximo, trinta dias... no máximo quarenta. [Gerente de RH, OSS].</p>

7

8

Quadro 2 - Fontes de evidência – Gestão de recursos humanos (continuação)

Treinamento e desenvolvimento de pessoal	
<p>Então ele faz esse trabalho de avaliação e as áreas, a educação continuada, junto com a área de treinamento, que é da área de RH, vão possibilitando alguns cursos de informação, principalmente na área de enfermagem. Então, é uma composição que se faz entre enfermagem, recursos humanos e SESMT. [...] desde manuseio adequado de equipamentos, de descartáveis, lavagem de mãos em conjunto com a CCH, [...] tudo isso, vai sendo feito e colocado para esse funcionário que acabou de ingressar na instituição. E a partir de um determinado ponto ele vai buscar o seu auto-conhecimento. Mas o hospital ainda oferece alguns cursos aí no decorrer desse período. [Diretor de RH, ADI].</p>	
<p>[...] praticamente há sete anos que a gente vem rodando uma equipe extra, uma equipe adicional em 733. Existe a vantagem de que você tem rapidamente o profissional, você consegue dar conta da demanda... mas em compensação, você não consegue implantar nenhum tipo de cultura, porque na hora que ele já tá qualificado, já é hora de trocar e colocar outra pessoa. [...] Você tem que ter consciência de que tudo o que é feito é pra 12 meses, acabou, passou. [Diretor de RH, ADI].</p>	9
<p>Então, na hora em que você qualificou, na hora em que ele tá pronto... troca, entra uma nova equipe, que vai ter que absorver todo o conhecimento rapidamente porque a clientela não quer esperar, né? [Diretor de RH, ADI].</p>	
<p>Nós temos muitos incentivos para estudos... hoje, dentro da enfermagem eu tenho 90% do meu quadro estudando... quem ainda está fazendo o segundo grau, porque primeiro grau todo mundo já tem, algumas pessoas estão terminando o segundo grau, que a grande maioria também já terminou... o auxiliar está fazendo curso técnico... quem já fez o curso técnico está fazendo a graduação... quem já terminou a graduação está fazendo especialização... e a gente tenta ver bolsa de estudos com as escolas que têm os convênios aqui... então, nós temos um grande número de profissionais estudando... então, a gente tem esse tipo de incentivo junto aos funcionários... [Diretor de Enfermagem, ADI].</p>	
<p>[...] depois que tem essa diferença monstruosa na entrada, existe um abismo na manutenção dessas pessoas, por que? Por que já quando entrou o Estado vai dizer, com raras exceções, assim mesmo para alguns pontos e alguns cargos: "Você entendeu o que você vai fazer?". E vai fazer isso o resto da vida, e vira as costas e vai embora e acabou o assunto. Educação continuada? Não existe. Você vai ter um congresso e não sei o que... você vai pedir pra alguém... para ver se há recurso de fundo fixo, para liberar dinheiro para poder ir... já foi! [Diretor Executivo, OSSI].</p>	
<p>Nós temos o ano inteiro o programa anual de treinamento, que esse programa contempla desde treinamentos técnicos, né? Nós estamos fazendo agora no final do ano nosso levantamento de necessidades de treinamento, que é feito com todos os funcionários, por área, em janeiro estamos aplicando nossa pesquisa de clima... nossa primeira pesquisa de clima, para juntar todos esses dados e aí montar nosso programa de treinamento para 2005. [Gerente de RH, OSSI].</p>	
<p>Nós temos uma área de educação continuada que faz educação continuada, como o nome tá dizendo... a gestão de recursos humanos tem uma verba do orçamento que a gente tira e aloca para o investimento no RH, no treinamento. [Diretor Executivo, OSSI].</p>	10
<p>O foco no nosso capital humano é muito grande, isso é uma característica, acho que nem da secretaria, mas da própria [mantenedora]. Porque ela tem aquele enfoque de educação muito grande. [Diretor Assistencial, OSSI].</p>	
<p>Hoje aqui [...] eu não tenho na minha linha de gerências, abaixo de mim [...] eu não tenho nenhum que não seja no mínimo formado ou esteja num curso superior, quando a grande maioria já tem pós-graduação. Agora por que? Por que todo mundo tem vontade de estudar? Tem, também, mas porque nós fazemos com que isso ocorra. Nós fazemos com que só assim eles terão desenvolvimento, inclusive interno. [Diretor Executivo, OSSI].</p>	
<p>[...] é claro que existem funcionários no Estado, de vinte anos, que já tá estabilizado, não vai fazer mais curso, não tem atualização, ele não sai daquilo. Existe uma série de coisas que a gente sabe, essa é a grande verdade. [Diretor Executivo, OSSI].</p>	

Quadro 2 - Fontes de evidência – Gestão de recursos humanos (continuação)

Plano de carreira	<p>Não tem, não existe plano de carreira. Tem algumas pessoas designadas pra cargos de confiança, chefia, mas a maioria dos funcionários não tem plano de carreira. [Responsável pelo RH, AD2].</p> <p>[...] “pra que eu vou me qualificar, buscar uma escolaridade melhor, se eu não tenho a possibilidade de ascensão?” Não tem perspectiva, né? O máximo que as pessoas podem chegar aqui é uma chefia ou uma diretoria, mas dentro da carreira não existe a possibilidade de crescimento. Eu não posso passar como na privada, né, que você tem o <i>trainee</i>, você tem o júnior, você tem o pleno. Aqui não tem. [Diretor de RH, AD1].</p> <p>Nós não temos plano de carreira, não existe, infelizmente. [...] isso não vai contar para ele, como um plano de carreira, quem tem mestrado, doutorado, nada disso. Não conta, infelizmente. [Diretor de Enfermagem, AD1].</p> <p>Na verdade a gente não quer um plano de carreira de ascensão, mas a gente entende que seria interessante poder remunerar por resultado. [...] Então “você sabe o que eu espero de você, se você me dá acima do que eu espero, você tem um X a mais no seu salário... e não você vai passar necessariamente para um outro cargo”, porque a gente tem uma estrutura de cargos bem enxuta. Temos poucos gerentes, poucos supervisores, então, não tem uma possibilidade de ascensão muito grande, mas se a gente puder remunerar por resultados, a pessoa pode encontrar novos desafios dentro da sua própria área e pode ser remunerada por isso. [Gerente de RH, OSS].</p> <p>Então, a gente tem um programa de promoção interna, então, sempre que surge vaga a gente primeiro faz um recrutamento interno, faz um processo seletivo interno de promoção, pra depois colocar essa vaga pra fora. Sempre privilegiando o corpo daqui. Então, existe esse estímulo para você crescer aqui dentro. [Diretor Assistencial, OSS].</p> <p>[Referindo-se à possibilidade de ascensão na carreira nos órgãos públicos] [...] então você fica com aquela coisa de eu to aqui há vinte anos carimbando esse papel, e concursado para isso. “Sou carimbador de papel”. E abriu uma vaga para carimbador nível I. [...] Eu não posso ir para lá. Eu vou ter que sair e fazer um concurso. Essa mobilidade não tem, ele é concursado, a menos que ele saia e peça demissão. E ele não vai sair para fazer isso. Então ele fica estagnado, e o que acontece, ele fica desmotivado, e a estrutura fica igual. Esse ponto já mata, para mim. Existem outros, mas esse já matou tudo. [Diretor Executivo, OSS].</p> <p>[...] no Estado, a única coisa que você pode ter em termos de ascensão de cargos, aliás, de salários, na verdade, são quinquênios, aquelas coisas que o Estado já promove dentro do seu estaluto, mas promoção de cargo, você ter que sair, ir, voltar, por concurso, é uma coisa complicadíssima, então eles já nem fazem. [Diretor Executivo, OSS].</p>	11
		12

Quadro 2 - Fontes de evidência – Gestão de recursos humanos (continuação)

<p>Algumas categorias estão com salário compatível com o mercado, principalmente, as categorias da área administrativa. As categorias das áreas técnicas, elas estão defasadas em relação ao mercado. Porque no mercado aconteceu que as categorias da área administrativa acabaram perdendo um pouco valor salarial, o padrão salarial dessas categorias acabou achatando e nas áreas técnicas não. [Diretor, AD1].</p>	<p>Eu já procurei fazer um estudo de mercado e em algumas categorias não tem diferença grande, principalmente na área administrativa, não existe grande diferença pro mercado aí fora, pelo perfil que se tem de profissional. Então, o perfil que você exige é o segundo grau com conhecimento de informática, né. O mercado tá pagando para um profissional com essa qualificação uma base de 400, 500 reais. Aqui, eles recebem um pouco mais que isso, tá quase 680 por mês. E ainda assim, tem uma questão da cultura, né? [Diretor de RH, AD1].</p>
<p>Isso não se reflete pra área médica [...]. Tá muito distante do mercado. Mas para a área administrativa, para algumas áreas técnicas que foram perdendo espaço na privada em função da implantação de tecnologia... que as pessoas acabam não se apropriando disso. Hoje você tem praticamente todos os exames laboratoriais informatizados, com máquinas com uma autonomia diferente. Aqui a gente faz algumas revelações manuais. Então, para o perfil, para as características, eles não conseguem encontrar no mercado um salário maior do que eles recebem aqui [Diretor de RH, AD1].</p>	<p>Então, essa é uma questão que eu acho complicadíssima, não se tem uma política salarial. Não se tem uma política de cargos e salários. Então se eu estou aqui há 10 anos, eu recebo talvez 5% a mais do que uma outra pessoa que acabou de chegar e esse 5% é em cima do meu salário-base, que é aquele ... não é nada, né? Isso não traz estímulo pro grupo, né? "Por que eu vou trabalhar tanto, me esforçar tanto? Se alguém que vai chegar amanhã vai tá recebendo 10 reais ou 15 reais a menos do que eu?" [Diretor de RH, AD1].</p>
<p>O que nós temos assim, eles entram, eles passam a ter alguns benefícios que são gratificações fixas, executivas, tem o salário que é diferenciado, tem as gratificações que são específicas para o pessoal de nível superior. Tem uma gratificação que é específica para quem trabalha na área assistencial. Tem insalubridade, que também é diferente. A pessoa, às vezes, trabalha na mesma área e ela tem um valor diferenciado por conta do seu regime jurídico. E aí, a partir dos cinco anos, elas passam a ter direito a quinquênios. Então, as diferenças em termos de benefícios, elas são pequenas, mas elas são grandes no que se refere a salário, quando a gente tem como base insalubridade e também com algumas gratificações. Então, nós temos às vezes pessoas trabalhando dentro da mesma área e aí uma categoria tem direito a um benefício que a outra não tem. Tá, isso a gente vive aqui também. [Diretor de RH, AD1].</p>	<p>Eu falo a título de prêmio porque, como o salário é pequeno, essa avaliação, ela praticamente já está incorporada. Então, esse valor que se recebe é mediante uma avaliação da chefia. São raras as situações em que a chefia corta esse prêmio... corta no caso de um processo administrativo, ou de uma falta muito grave, mas a grande maioria das pessoas acabam pontuando 100%. [Diretor de RH, AD1].</p>
<p>[...] nós temos vários benefícios para os funcionários aqui dentro. Nós temos um ambulatório médico-odontológico dentro do hospital pro funcionário. Nós temos dentista, nós temos ginecologista, que a grande maioria da população é feminina, nós temos o médico do trabalho, nós temos o clínico geral. [Diretor de Enfermagem, AD1].</p>	

Política salarial

Quadro 2 - Fontes de evidência - Gestão de recursos humanos (continuação)

Política salarial	<p>É, então, aqui a gente não tem, quando o governo dá aumento pra nós ele dá pra todo o funcionalismo da saúde, não tem, o único benefício que você... conforme os anos que você vai trabalhando é a progressão que aumenta um pouquinho no salário base, é o único aumento que a gente tem, mas não tem nenhuma política. Na maioria das vezes existe a greve e aí acaba partindo pra um aumento de salário, mas não tem nada de... de política salarial. [Responsável pelo RH, AD2].</p> <p>A gente tem uma dificuldade também, algumas áreas, como áreas médicas, por ser um hospital de periferia, o salário dos médicos é igual, o salário daqui e de um médico que trabalha no centro da cidade. Então a gente sente muita dificuldade. [Responsável pelo RH, AD2].</p> <p>[...] algumas áreas, as áreas mais administrativas é difícil as pessoas não aceitarem, a área da saúde é mais complicado, então a gente tem a vaga, tem a necessidade, aí o funcionário trabalha em outro serviço que tem mais condições e ele acaba não ficando aqui com a gente, pede demissão. Gente que é efetiva acaba pedindo demissão. [Responsável pelo RH, AD2].</p> <p>Sempre defasada, eu acho que esses dois itens aqui deveriam existir. Na prefeitura existe no estado não existe, não sei porque [...] o grande problema é que não existe um reajuste de acordo com a inflação, nós tivemos um reajuste agora, mas com percentual ainda muito aquém do ideal em se comparando com a inflação. Nós tivemos, o último reajuste que nós tivemos antes desse agora foi em 1994, 1995. Então você vê que nesse meio tempo a gente teve uma inflação de mais de 100% acumulada e o reajuste recente foi muito ruim. Então a política salarial na secretaria da saúde é realmente muito complicada. De difícil diálogo também. [Diretor Clínico, AD2].</p> <p>[...] o acréscimo que tem com tempo de serviço é muito pequeno e não faz muita diferença a não ser quando a pessoa ocupa cargo diferente, passa a ser chefe, diretor, mas são cargos de livre provimento e são temporários, chamados cargos de confiança. [Diretor de Apoio Clínico, AD2].</p> <p>O que eu posso te dizer hoje: alguns cargos nós estamos sim, dentro do mercado. Outros cargos nós estamos talvez um pouquinho abaixo do mercado. Não tem nada muito fora de mercado. O que nós tínhamos muito fora de mercado eram os pacotes de benefícios que era assim, cesta básica e vale transporte, só. Esse ano, eu consegui implantar assistência médica. Então hoje a gente já tem assistência médica custeada pela instituição. [Gerente de RH, OSS].</p> <p>Nós estamos com uma consultoria para rever a política salarial e a gente tem uma pretensão [...] de remunerar por resultados. A gente encontra uma série de dificuldades, inclusive na CLT hoje que eu não posso te pagar um salário X, e o mês que vem um salário menor ou maior. Mas é uma pretensão que a gente tem, então nós estamos com uma consultoria de cargos e salários, que já fez todo um rastreamento dos nossos cargos, os nossos salários, agora eles estão realizando uma pesquisa de mercado para ver se a gente tá dentro, muito fora, quais as nomenclaturas, e dentro dessa pesquisa nós temos hospitais puramente públicos, OS's, como nós, hospitais privados e assistências médicas [Gerente de RH, OSS].</p>	13
		14

Quadro 2 - Fontes de evidência – Gestão de recursos humanos (continuação)

<p>É, então, aqui a gente não tem, quando o governo dá aumento pra nós ele dá pra todo o funcionalismo da saúde, não tem, o único benefício que você... conforme os anos que você vai trabalhando é a progressão que aumenta um pouquinho no salário base, é o único aumento que a gente tem, mas não tem nenhuma política. Na maioria das vezes existe a greve e aí acaba partindo pra um aumento de salário, mas não tem nada de... de política salarial. [Responsável pelo RH, AD2].</p>	<p>A gente tem uma dificuldade também, algumas áreas, como áreas médicas, por ser um hospital de periferia, o salário dos médicos é igual, o salário daqui e de um médico que trabalha no centro da cidade. Então a gente sente muita dificuldade. [Responsável pelo RH, AD2].</p>	<p>[...] algumas áreas, as áreas mais administrativas é difícil as pessoas não aceitarem, a área da saúde é mais complicado, então a gente tem a vaga, tem a necessidade, aí o funcionário trabalha em outro serviço que tem mais condições e ele acaba não ficando aqui com a gente, pede demissão. Gente que é efetiva acaba pedindo demissão. [Responsável pelo RH, AD2].</p>	<p>Sempre deixada, eu acho que esses dois itens aqui deveriam existir. Na prefeitura existe no estado não existe, não sei porque [...] o grande problema é que não existe um reajuste de acordo com a inflação, nós tivemos um reajuste agora, mas com percentual ainda muito aquém do ideal em se comparando com a inflação. Nós tivemos, o último reajuste que nós tivemos antes desse agora foi em 1994, 1995. Então você vê que nesse meio tempo a gente teve uma inflação de mais de 100% acumulada e o reajuste recente foi muito ruim. Então a política salarial na secretaria da saúde é realmente muito complicada. De difícil diálogo também. [Diretor Clínico, AD2].</p>	<p>[...] o acréscimo que tem com tempo de serviço é muito pequeno e não faz muita diferença a não ser quando a pessoa ocupa cargo diferente, passa a ser chefe, diretor, mas são cargos de livre provimento e são temporários, chamados cargos de confiança. [Diretor de Apoio Clínico, AD2].</p>	<p>O que eu posso te dizer hoje: alguns cargos nós estamos sim, dentro do mercado. Outros cargos nós estamos talvez um pouquinho abaixo do mercado. Não tem nada muito fora de mercado. O que nos linhamos muito fora de mercado eram os pacotes de benefícios que era assim, cesta básica e vale transporte, só. Esse ano, eu consegui implantar assistência médica. Então hoje a gente já tem assistência médica custeada pela instituição. [Gerente de RH, OSS].</p>	<p>Nós estamos com uma consultoria para rever a política salarial e a gente tem uma pretensão [...] de remunerar por resultados. A gente encontra uma série de dificuldades, inclusive na CLT hoje que eu não posso te pagar um salário X, e o mês que vem um salário menor ou maior. Mas é uma pretensão que a gente tem, então nós estamos com uma consultoria de cargos e salários, que já fez todo um rastreamento dos nossos cargos, os nossos salários, agora eles estão realizando uma pesquisa de mercado para ver se a gente tá dentro, muito fora, quais as nomenclaturas, e dentro dessa pesquisa nós temos hospitais puramente públicos, OS's, como nós, hospitais privados e assistências médicas [Gerente de RH, OSS].</p>
Política salarial	13	14				

Quadro 2 - Fontes de evidência – Gestão de recursos humanos (continuação)

<p>Nós temos um grande problema que é pra demitir um funcionário você até consegue, mas você leva muito tempo, justamente por ter essa estabilidade. Isso não quer dizer que ele não vá ser mandado embora, mas o processo é muito lento, é muito moroso e você acaba tendo um desgaste muito grande. Isso faz com que a gente todos os dias acabe tendo grandes nós, a nível de funcionamento. [Diretor de Enfermagem, AD1].</p>	
<p>[...] eu tenho dificuldade pra demitir, mas eu não tenho facilidade pra admitir. Então isso é muito complicado. Eu acho que se a gente tivesse um mecanismo de contratação rápida e um mecanismo também de demissão rápida a gente teria uma melhoria no atendimento final ao cliente porque você poderia selecionar melhor o profissional que viria aqui e aí você teria como demitir o profissional que não estaria cumprindo com as metas estabelecidas pelo hospital. [Diretor Clínico, AD2].</p>	
<p>E também porque sabem que existe uma grande dificuldade pra você ser punido ou até mesmo pra você ser demitido. Então muitos encaram de uma maneira muito pejorativa: "Ah, deixa pra lá porque é um hospital público eu vou fazer de qualquer maneira". [Diretor Clínico, AD2].</p>	15
<p>Na verdade, na verdade esse pessoal até existe só que é assim, quando esse hospital foi fundado ele era pra ser autogestão, nada disso era pra ser terceirizado, então na época contratou-se costureira, contratou um monte de auxiliar de serviços que seria pra trabalhar na lavanderia, pra trabalhar na limpeza [...] aí o diretor aqui na época optou por terceirizar e tava na era da terceirização [...] conseguiu terceirizar e a gente ficou com o remanescente, a gente tem uma média, se não me engano de 250 pessoas que é um excedente do pessoal que foi contratado pra essa finalidade e que hoje lá aí. Então a gente não consegue e fora isso tem o pessoal que quebra a mão, então tem todo um cálculo assim... por leite né, tantos auxiliares de enfermagem pra cobrir tantos leitos, mas não consegue porque o pessoal faz aquele copinho mole, é contratado pra trabalhar seis horas, mas trabalha quatro, vai almoçar, vai aqui, vai ali, chega atrasado, não consegue e o estado também não vai ficar colocando funcionário pra lá suprimido essas deficiências, não vai, imagina! Se não ele gasta 100% do que ele arrecada só com RH, não é verdade? [Diretor GTGH, AD2].</p>	
<p>Porque a sensação que eu tenho assim, do público, é que algumas pessoas se sentem inatingíveis. O que acaba dando uma característica pro público. Algumas pessoas que não estão muito dispostas, muito motivadas, talvez elas não fiquem ali, mas elas vão ser transferidas, porque elas não podem ser desligadas, a não ser que elas cometam uma falta muito grave. Mas assim, desmotivação, acaba não podendo demitir. E aqui não, aqui é uma empresa privada, em termos de contratação. [Gerente de RH, OSS].</p>	
<p>Se você tem um hospital público, a gente pensa que um hospital público fica difícil pra você gerenciar, mas é por força [...] do próprio gesso da lei. Eu não posso contratar no Estado, a não ser por concurso público. Eu não posso demitir se essa pessoa estiver com um número X de anos dentro da casa, tem estabilidade, direito adquirido [...]. [Diretor Executivo, OSS].</p>	
<p>Então aqui existe um mecanismo do tipo, se você está bem, você continuará bem, se você não está bem, você não estará mais aqui, diferente do Estado. [Diretor Executivo, OSS].</p>	16
<p>Então, tem um funcionário que realmente não serve, ele não faz o perfil. Você tem essa facilidade de poder substituir, demitir. Qualquer equipe que não traz resultados, você tem o poder de rescindir o contrato, de contratar outras empresas, não só de manutenção, mas de prestação de serviços. Então, essa facilidade, essa autonomia traz essa facilidade de gestão, né? [Diretor Assistencial, OSS].</p>	
<p>A contratação por CLT eu acho que te dá mais respeito na cobrança dos resultados do funcionário, porque eu não tenho estabilidade. Ou seja, nada garante que ele vai ficar aqui para sempre. A não ser que ele me traga resultados. Então eu posso cobrar muito mais por resultados. [Gerente de RH, OSS].</p>	
Desligamento de pessoal	

ANEXOS**ANEXO A: MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO**

Minuta do Contrato de Gestão 2003

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS - 120, de 24-9-2002

O Secretário da Saúde, considerando:

os Contratos de Gestão já existentes entre a Secretaria da Saúde e as Organizações Sociais e aqueles que vierem a ser firmados;

a necessidade de definir modelos adequados de atenção à saúde que incentivem a eficiência e qualidade com menores custos e que visem atenuar e resolver os aspectos da prestação de serviços que produzem insatisfação dos seus usuários;

a necessidade de acompanhar a execução dos Contratos de Gestão, no que se refere aos seus aspectos técnicos e administrativos;

a necessidade de planificação e acompanhamento da execução dos recursos orçamentários e financeiros destinados aos Contratos de Gestão, de modo a garantir a melhor relação custo-benefício possível e sua correta utilização, resolve:

Artigo 1º - Fica definido e estabelecido o modelo de Contrato e seus anexos, reproduzidos a seguir, como instrumento padrão para a contratação de serviços de saúde sob a modalidade "Contrato de Gestão", para aqueles serviços gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde e para aqueles que vierem a ser firmados com esta Secretaria.

Artigo 2º - O modelo de contrato de que trata esta Resolução entrará em vigor para os Contratos que vierem a ser firmados com vigência contratual a partir de 01/01/2003.

Artigo 3º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as publicações anteriores referentes à matéria.

CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DA SAÚDE, E O (A) QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO(A)

elo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede nesta cidade na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Sr. José da Silva Guedes, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade R.G. nº 1.787.016, CPF nº 006.316.808-10, travante denominada CONTRATANTE, e de outro lado o(a), com CNPJ/MF nº

....., inscrito no CREMESP sob nº, com endereço à Rua e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob nº, do Registro Civil e Pessoas Jurídicas de São Paulo, neste ato representada por seu, Sr., R.G. nº

....., C.P.F. nº, doravante denominada CONTRATADA, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº 846/98, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos na Lei Federal nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no(a) cujo prazo fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO**

- 1 - O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde no(a), em conformidade com o Anexo Técnico I - Prestação de Serviços, que integra este instrumento.
- 2 - O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.
- 3 - Fazem parte integrante deste CONTRATO:
 - a) O Anexo Técnico I - Prestação de Serviços/ (tipo de serviços)
 - b) O Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento
 - c) O Anexo III - Formulários de Acompanhamento e Controle

CLÁUSULA SEGUNDA

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à CONTRATADA, além das obrigações constantes das especificações técnicas (Anexos I e II) e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:

- 1 - Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços à população usuária do SUS- Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste contrato;
- 2 - Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido, nos termos do artigo 8º, inciso IV, da Lei Complementar nº 846/98;
- 3 - Disponer, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência e, para os residentes nesta capital do Estado de São Paulo, o registro da região da cidade onde residem (Centro, Leste, Oeste, Norte ou Sul);
- 4 - Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Complementar nº 846/98, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;
- 4.1 - A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);
- 5 - Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;
- 6 - Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;
- 6.1 - A permissão de uso, referida no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas no artigo 6º, § 5º, combinado com o artigo 14, § 4º, ambos da Lei Complementar nº 846/98;
- 6.2 - Comunicar à instância responsável da CONTRATANTE todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;
- 7 - Transferir, integralmente, à CONTRATANTE em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no(a) cujo uso lhe fora permitido;
- 8 - Proceder às adaptações das normas do respectivo Estatuto ao disposto no artigo 3º, incisos I a IV, da Lei Complementar nº 846/98, observado o prazo previsto no art. 21, do mesmo diploma legal;
- 9 - Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

- 10 - Instalar no(a), cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Cliente", devendo encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades;
- 11 - Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados;
- 12 - Em se tratando de serviço de hospitalização informar, diariamente, à CONTRATANTE, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o número de vagas existentes no dia;
- 13 - Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "Organização Social de Saúde";
- 14 - Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;
- 15 - Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
- 16 - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- 17 - Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- 18 - Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- 19 - Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.
- 20 - Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;
- 21 - Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- 22 - Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- 23 - Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- 24 - Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
- 25 - Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:
 - * Comissão de Prontuário Médico;
 - * Comissão de Óbitos;
 - * Comissões de Ética Médica e de Controle de Infecção Hospitalar;
- 26 - Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ALTA", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
 - 1 - Nome do paciente
 - 2 - Nome da Unidades de atendimento
 - 3 - Localização do Serviço/Hospital (endereço, município, estado)
 - 4 - Motivo do atendimento (CID-10)
 - 5 - Data de admissão e data da alta
 - 6 - Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso
- 26.1 - O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento:

* Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais*.
- 27 - Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 25 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;
- 28 - Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, nas internações de crianças, adolescentes e idosos, com direito a alojamento e alimentação.

29 - Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades hospitalares.

30 - A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 20 (vinte) instituições de mesmo porte e semelhante complexidade dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado.

CLÁUSULA TERCEIRA DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a CONTRATANTE obriga-se a:

- 1 - Prover a CONTRATADA dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;
- 2 - Programar no orçamento do Estado, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;
- 3 - Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a edição de Decreto e celebração dos correspondentes termos de permissão de uso;
- 4 - Inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;
- 5 - Promover, mediante autorização governamental, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde;
- 6 - Analisar, anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.

CLÁUSULA QUARTA DA AVALIAÇÃO

A Comissão de Avaliação constituída pelo Secretário de Estado da Saúde em conformidade com o disposto no § 3º do artigo 9º da Lei Complementar nº 846/98, procederá à verificação periódica do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado, encaminhando cópia à Assembléia Legislativa.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a CONTRATADA, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação referida nesta cláusula, deverá elaborar relatório anual conclusivo, sobre a avaliação do desempenho científico e tecnológico da CONTRATADA.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário de Estado da Saúde para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

**CLÁUSULA QUINTA
DO ACOMPANHAMENTO**

A execução do presente contrato de gestão será acompanhada pela Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, através do disposto neste Contrato e seus Anexos e dos instrumentos por ela definidos.

**CLÁUSULA SEXTA
DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente Contrato será de 5 (cinco) anos, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exige a CONTRATANTE da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao da assinatura deste contrato.

**CLÁUSULA SÉTIMA
DOS RECURSOS FINANCEIROS**

pela prestação dos serviços objeto deste Contrato, especificados no ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico II, a importância global estimada de R\$ (.....).

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$ XXXXXX correspondente a este exercício financeiro, onerará a rubrica, no item, no exercício de 2003 destinado a custear o presente CONTRATO DE GESTÃO.

PARÁGRAFO SEGUNDO

O valor restante correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias; dos exercícios subsequentes.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à CONTRATADA poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste CONTRATO DE GESTÃO.

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social de Saúde e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

PARÁGRAFO QUINTO

A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela CONTRATANTE em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular o hospital público sob sua gestão de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da OSS CONTRATADA. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

CLÁUSULA OITAVA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

No primeiro ano de vigência do presente contrato, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em de R\$ (.....), sendo que a transferência à CONTRATADA será efetivada mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais, cujo valor corresponde a um valor fixo (1/12 de 90% do orçamento anual, e um valor correspondente à parte variável do contrato (1/12 de 10% do orçamento anual).

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As parcelas mensais serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa do contrato, e os ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas da parte variável serão realizados nos meses de Fevereiro, Maio, Agosto e Novembro após análise dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico II do Sistema de Pagamento.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os valores de ajuste financeiro citados no parágrafo anterior serão apurados na forma disposta no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra o presente CONTRATO.

PARÁGRAFO QUARTO

Os indicadores do último trimestre do ano serão avaliados no mês de Janeiro do contrato do ano seguinte.

CLÁUSULA NONA

DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente CONTRATO DE GESTÃO poderá ser anualmente alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que contere a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA

DA RESCISÃO

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação do decreto de permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º do artigo 79 da Lei federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, o Estado de São Paulo arcará com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a CONTRATADA faça jus.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATADA, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

PARÁGRAFO QUARTO

A CONTRATADA terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA DAS PENALIDADES

A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

PARÁGRAFO TERCEIRO

Da aplicação das penalidades a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA

DISPOSIÇÕES FINAIS

- 1 - É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida ao paciente.
- 2 - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela CONTRATANTE sobre a execução do presente Contrato, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.
- 3 - Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de reti-ratificação ao presente contrato.
- 4 - A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA

DA PUBLICAÇÃO

O CONTRATO DE GESTÃO será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data desua assinatura.

ANEXO TÉCNICO I - A

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A CONTRATADA atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas.

O Serviço de Admissão da CONTRATADA solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas. O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

A CONTRATADA fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a CONTRATADA, em decorrência da assinatura deste contrato de gestão, presta serviços de assistência à saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela CONTRATADA serão efetuados através dos dados registrados no SIH- Sistema de Informações Hospitalares, no SIA- Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela CONTRATANTE.

1 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

1.1 - No processo de hospitalização, estão incluídos:

- * Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- * Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- * Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS- Sistema Único de Saúde;
- * Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- * Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- * Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- * Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- * O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- * Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS- Sistema Único de Saúde);
- * Diárias nas UTI- Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- * Sangue e hemoderivados
- * Fornecimento de roupas hospitalares
- * Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do

2 - ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

2.1 - Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, seja de forma espontânea ou encaminhadas de forma referenciada.

a) Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

b) Sendo o hospital do tipo "portas fechadas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

2.2 - Se a assistência prestada em regime de urgência der origem à internação do paciente, não se registrará como um atendimento de urgência e sim, como um atendimento hospitalar.

2.3 - Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

3 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL

* Primeira consulta

* Consultas subsequentes (retornos)

* Cirurgias Ambulatoriais

3.1 - Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente a um profissional de determinada especialidade, no período de um ano, por uma determinada patologia. As demais consultas deste paciente (retornos) são consideradas consultas subsequentes.

3.2 - Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc..., os mesmos devem ser registrados como consultas subsequentes.

3.3 - Será considerada intervenção cirúrgica ambulatorial aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas cirúrgicas do hospital que não requeiram hospitalização e neles estão incluídos todos os procedimentos que seja necessário realizar dentro do período de 15 dias subsequentes à intervenção cirúrgica propriamente dita.

4 - PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o hospital se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela CONTRATANTE após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro do hospital e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

II - ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

1 - Internação Hospitalar

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares anual de, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Tabela I

ÁREAS DE INTERNAÇÃO Nº DE SAÍDAS Nº DE SAÍDAS

1º SEMESTRE 2º SEMESTRE

Clínica Médica

Clínica Cirúrgica

Obstetria

Pediatria

Psiquiatria

2 - Atendimento Ambulatorial

Tabela II

ESPECIALIDADES PRIMEIRAS CONSULTAS

CONSULTAS SUBSEQUENTES

1º SEMESTRE 2º SEMESTRE

TOTAL ANUAL

3 - Atendimento a Urgências

* Número de atendimentos anual:

* Número de Atendimentos 1º semestre: atendimentos

* Número de Atendimentos 2º semestre: atendimentos

4 - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de exames, a pacientes EXTERNOS ao hospital, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, nas quantidades médias mensais especificadas:

Tabela III

EXAMES Nº. DE EXAMES

Patologia Clínica Pacientes do Hospital Pacientes Externos

Radiologia

Ultrassonografia

Mix de Diagnoses

APAC's

FAEC-

(* Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão sub-divididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial

III - CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES MENSIS ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

1 - Altas Hospitalares

O Hospital informará o número mensal de saídas que realiza, agrupadas por clínicas, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES:

Tabela IV

Hospitalização Total Saídas Óbitos Pacientes- dia Leitos Operacionais

Clínica Médica

Clínica Cirúrgica

Obstetrícia

Pediatria

Psiquiatria

UTI

2 - Atividade Cirúrgica

O Hospital informará, mensalmente, a atividade cirúrgica que realiza, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES:

Tabela V

Atividade Cirúrgica Eletiva Urgente Média de salas cirúrgicas operacionais/dia

Hospitalar

Ambulatorial

3. Atendimento Ambulatorial

O Hospital informará, mensalmente, a atividade ambulatorial que realiza, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES:

Tabela VI

Número de 1ª consultas

Número de Consultas subsequentes

4 - Atendimento de Urgência/Emergência

O Hospital informará, mensalmente, a atividade relativa ao atendimento às urgências e emergências que realiza, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES, indicando quantos pacientes desse total foram internados no próprio hospital e quantos não o foram.

Tabela VII

Urgências e Emergências Nº pacientes internados Nº pacientes não internados Óbitos no PS, (MENOR)48 horas

5 - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

O Hospital informará, mensalmente, a atividade relativa aos exames de apoio diagnóstico que realiza, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial contratada pela SES. O registro dessa atividade refere-se a pacientes do próprio hospital e, também, àqueles pacientes provenientes do SUS para a realização da atividade em questão (pacientes externos) e segundo os fluxos assistenciais definidos pela SES:

Tabela VIII

EXAMES Nº. DE EXAMES

Patologia Clínica Pacientes do Hospital Pacientes Externos

Radiologia

Ultrassonografia

Mix de Diagnoses

APAC's

FAEC-

ANEXO TÉCNICO I - B

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A CONTRATADA atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas.

O Serviço de Admissão da CONTRATADA solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela CONTRATADA serão efetuados através dos dados registrados no Sistema, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela CONTRATANTE.

1 - ASSISTÊNCIA

2 - PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

II - ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

ANEXO TÉCNICO II - A

SISTEMA DE PAGAMENTO - SERVIÇOS HOSPITALARES

ANEXO TÉCNICO REFERENTE À CLÁUSULA 1ª DO CONTRATO DE GESTÃO - SISTEMA DE PAGAMENTO

1 - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1 - A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se em 04 modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, a saber:

- * Atendimento Hospitalar (internação)
- * Atendimento Ambulatorial
- * Atendimento de Urgências
- * Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT

1.1 - As 4 modalidades de atividade assistencial acima relacionadas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários do hospital.

2 - Além das atividades de rotina, o hospital poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da CONTRATANTE, conforme especificado no item 4 do ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, respeitadas as limitações previstas em lei.

3 - O montante do orçamento econômico-financeiro global do hospital, estimado em R\$ (.....), compõe-se da seguinte forma:

- *% por cento) do valor, R\$ (.....), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento hospitalar (internação);
- *% (..... por cento) do valor, R\$ (.....), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento ambulatorial;
- *% (..... por cento) do valor, R\$ (.....) corresponde ao custeio das despesas com o atendimento de urgências e,
- *% (..... por cento) do valor, R\$ (.....) corresponde ao custeio das despesas com a execução dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT.

4 - Os pagamentos à CONTRATADA dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1 - 90% (noventa por cento) do valor global será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de R\$ (.....);

4.2 - 10% (dez por cento) do valor global será repassado mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, com valor mensal estimativo de R\$ (.....), vinculado à avaliação dos indicadores e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido mais adiante neste documento;

4.3 - A avaliação da parte variável será realizada nos meses de janeiro, abril, julho e outubro, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo hospital.

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

5.1 - As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH's- Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela CONTRATANTE.

5.2 - As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade e movimentação de recursos econômicos e financeiros serão encaminhadas via Internet, através de site disponibilizado pela CONTRATANTE e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

5.3 - O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessários à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo hospital e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6 - A CONTRATANTE procederá à análise mensal dos dados enviados pela CONTRATADA para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do Contrato de Gestão.

7 - A cada período de 03 (três) meses, a CONTRATANTE procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 4 deste documento.

8 - Nos meses de Julho e Dezembro, a CONTRATANTE procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela CONTRATADA, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.

9 - Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividade assistencial ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, na forma e limites estabelecidos em lei.

10 - A análise referida no item 08 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

10.1 - Os Termos Aditivos que venham a ser firmados, sejam estes para adição ou supressão nas quantidades de atividade assistencial pactuadas, serão estabelecidos na conformidade e nos limites do que dispõe a legislação que regula a matéria.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DAS ATIVIDADES ROTINEIRAS CONTRATADAS

a) 12 (doze) parcelas mensais de valor fixo, correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento econômico estabelecido.

b) 12 (doze) parcelas mensais correspondente a 10% (dez por cento) do orçamento econômico estabelecido, cuja avaliação ocorrerá com base nos seguintes indicadores:

Tabela IX

INDICADOR DESCRIÇÃO AVALIAÇÃO VALORAÇÃO

c) Os valores percentuais apontados para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 deste documento.

II.2 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

1 - Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados, serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão nos meses de Julho e Dezembro.

2 - A avaliação e análise referidas no item 08 deste documento será efetuada conforme explicitado na tabela abaixo. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial no ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à CONTRATADA, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 deste documento.

Tabela X

ATIVIDADE REALIZADA VALOR A PAGAR

INTERNAÇÃO Acima do volume contratado 100% do peso percentual da atividade internação

Entre 85% e 100% do volume contratado 100% do peso percentual da atividade internação

Entre 70% e 84,99% do volume contratado 90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)

Menos que 70% do volume contratado 70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)

AMBULATORIO

Acima do volume contratado

100% do peso percentual da atividade ambulatorial

Entre 85% e 100% do volume contratado 100% do peso percentual da atividade ambulatorial

Entre 70% e 84,99% do volume contratado 90% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)

Menos que 70% do volume contratado 70% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)

SADT Acima do volume contratado 100% do peso percentual da atividade SADT

Entre 85% e 100% do volume contratado 100% do peso percentual da atividade SADT

Entre 70% e 84,99% do volume contratado 90% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (RS)

Menos que 70% do volume contratado 70% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (RS)

Tabela XI

HOSPITAL " PORTAS FECHADAS" HOSPITAL " PORTAS ABERTAS"

ATIVIDADE REALIZADA VALOR A PAGAR ATIVIDADE REALIZADA VALOR A PAGAR

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Acima do volume contratado 100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Até 10% acima do volume contratado 100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.

Entre 11% e 25% acima do volume contratado De 11% a 25% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital(RS)

Entre 85% e 100% do volume contratado 100% do peso percentual da atividade URG./EMERG. Entre 85% e 100% do volume contratado 100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.

Entre 70% e 84,99% do volume contratado 90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (RS)

Entre 70% e 84,99% do volume contratado 90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (RS)

Menos que 70% do volume contratado 70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (RS)

Menos que 70% do volume contratado 70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (RS)

ANEXO TÉCNICO II - B

SISTEMA DE PAGAMENTO - SERVIÇOS

ANEXO TÉCNICO REFERENTE À CLÁUSULA 1ª DO CONTRATO DE GESTÃO

- SISTEMA DE PAGAMENTO

1 - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1 - A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se em modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, a saber:

*

1.1 - As modalidades de atividade assistencial acima relacionadas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários do

2 - Além das atividades de rotina, o poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da CONTRATANTE, conforme especificado no item 2 do ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, respeitadas as limitações previstas em lei.

3 - Os pagamentos à CONTRATADA dar-se-ão na seguinte conformidade:

3.1 - 90% (noventa por cento) do valor global será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de R\$ (.....);

3.2 - 10% (dez por cento) do valor global será repassado mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, com valor mensal estimativo de R\$ (.....), vinculado à avaliação dos indicadores e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido mais adiante neste documento;

3.3 - A avaliação da parte variável será realizada nos meses de maio, agosto e novembro, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo hospital.

4 - Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a CONTRATADA no ANEXO TÉCNICO I - Prestação de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas.

5 - As informações acima mencionadas serão encaminhadas através do registros no Sistema de acordo com normas e prazos estabelecidos pela CONTRATANTE.

5.1 - As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade e movimentação de recursos econômicos e financeiros serão encaminhadas via Internet, através de site disponibilizado pela CONTRATANTE e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos .

5.2 - O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessários à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo hospital e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6 - A CONTRATANTE procederá à análise mensal dos dados enviados pela CONTRATADA para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do Contrato de Gestão.

7 - A cada período de 03 (tres) meses, a CONTRATANTE procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 4 deste documento.

8 - Nos meses de Julho e Dezembro, a CONTRATANTE procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela CONTRATADA, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.

9 - Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma re-pactuação das quantidades de atividade assistencial ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, na forma e limites estabelecidos em lei.

10 - A análise referida no item 08 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades desenvolvidas, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.