

Contratos de gestão como instrumento de governança pública: um estudo exploratório

Diego Pugliese Tonelotto¹

Jaime Crozatti²

Patricia Righetto³

Resumo: O presente artigo tem o objetivo de descrever e caracterizar contratos de gestão celebrados entre o estado de São Paulo e Organizações Sociais de Saúde (OSS), para a gestão de unidades hospitalares de alta complexidade da rede pública de atendimento, como instrumentos de governança pública. Para tanto, optou-se pela realização de um estudo exploratório de avaliação qualitativa, com o emprego de pesquisa documental e análise descritiva. A amostra escolhida foi composta por contratos de gestão e termos aditivos firmados entre o estado de São Paulo e três Organizações Sociais de Saúde, quais sejam: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Fundação do ABC e Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI), para a gestão de hospitais estaduais de alta complexidade no período compreendido entre 2009 e 2017. A ampla experiência do estado de São Paulo o qualifica como *locus* adequado para o estudo, tendo em vista seu nível de pioneirismo na adoção deste modelo de gestão do serviço público de saúde, implementado há mais de 20 anos. Os resultados mostraram que o conteúdo dos contratos foi alterado ao longo do tempo, com o acréscimo de indicadores para controle das metas de produção e de qualidade, orientações para o desenvolvimento de perspectiva mais humana para a prestação dos serviços e aumento da quantidade de atendimentos contratualizados. A

255

¹ Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Mestre em Gestão de Políticas Públicas pela EACH/USP e servidor da Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde (CPCS) na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Contato: dpt_itu@hotmail.com

² Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Doutor em Controladoria e Contabilidade pela FEA/USP, professor do mestrado em Gestão de Políticas Públicas da EACH/USP. Contato: jcrozatti@usp.br

³ Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Graduada em Ciências Contábeis pela FEA/USP e mestranda em Gestão de Políticas Públicas pela EACH/USP. Contato: patricia.righetto@usp.br

caracterização como instrumento de governança pública dá-se pelo fato de tais contratos permitirem a *accountability* (responsabilização na prestação de contas) e serem expressão de transparência ativa, que são princípios da própria governança.

Palavras-chave: Governança Pública; Transparência; Accountability; Organizações Sociais de Saúde; Estado de São Paulo.

Introdução

Diante dos inúmeros casos de corrupção e desvio de recursos públicos divulgados diariamente pela mídia, tem-se questionado cada vez mais acerca de maneiras de dirimir tais comportamentos adotados por pessoas no exercício da função de gestão pública e/ou privada. No setor público, tal problema é adequadamente explicado pelas Teorias da Agência e da Escolha Pública: para a primeira, devem-se introduzir meios para desestimular o gestor público (agente) a tomar decisões contrárias ao interesse da população (principal) (JENSEN e MECKLING, 1976); para a segunda, a divergência de interesses de ambos os grupos se dá pelo fato de que as pessoas são individualistas e buscam apenas o interesse próprio (GIANTURCO, 2018). Ambas teorias foram utilizadas para conceber o que ficou conhecido como o conceito de governança pública. O conceito de governança, considerado polissêmico pela literatura, tem estado cada vez mais presente quando o assunto é a adoção de boas práticas de gestão. Tendo sido incorporado há mais tempo no setor privado com o termo governança corporativa, introduziu-se na atividade pública sob a expressão mencionada, governança pública (ROSSONI e MACHADO DA SILVA, 2010).

Tomando uma perspectiva específica do setor público, qual seja, a política setorial de saúde, percebe-se, de modo ainda mais claro, a relevância desse conceito, posto que a utilização correta, eficiente e eficaz do recurso público está correlacionada à prestação efetiva dos serviços de saúde, garantindo assim o direito dado pela Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, o papel exercido pelas Organizações Sociais Saúde (OSS) é de extrema importância, pois estão instituídas, segundo dados do Instituto Brasileiro de Organizações Sociais de Saúde (IBROSS) (2019), em 23 estados mais o Distrito Federal e 123 municípios.

O contrato de gestão é ferramenta que estabelece o acordo entre as OSS e o poder público (BRASIL, 1995). Ele é um instrumento jurídico e social que serve de

operacionalização da gestão pública, onde, de acordo com o art. 7º da Lei Complementar nº 1.243, de 30 de maio de 2014, “discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e do órgão ou entidade contratada [...]”.

Desse modo, almeja-se com o presente artigo descrever e caracterizar contratos de gestão celebrados entre o estado de São Paulo e Organizações Sociais de Saúde, para a gestão de unidades hospitalares de alta complexidade da rede pública de atendimento, como instrumentos de governança pública. Isso porque tais contratos, aparentemente, permitem a *accountability* (responsabilização na prestação de contas) e são expressão de transparência ativa, e ambos são princípios de governança pública.

Observa-se que o tema é carente na bibliografia da área, haja vista que, durante o levantamento bibliográfico, encontrou-se apenas um trabalho que se aproxima à proposta deste artigo: o de Pereira (2014), cujo objetivo é avaliar a governança na Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) quanto aos critérios de *accountability* e transparência. A metodologia utilizada no trabalho de Pereira (2014) baseou-se na análise da legislação vigente à época e de contratos e relatórios que regulam a atuação da OSS. O presente estudo diferencia-se por ampliar a quantidade de entidades analisadas, ao abordar três OSS, e pela sua série histórica, já que compreende os contratos de gestão e termos aditivos firmados entre os anos de 2009 e 2017.

Este artigo divide-se em mais cinco partes além desta introdução. A seguinte apresenta o referencial teórico, no qual são definidos e caracterizados os contratos de gestão, a lógica que permeia o modelo de gestão ao qual dá forma, bem como as razões de sua utilização e ainda o conceito de governança pública. É seguida pela apresentação dos procedimentos metodológicos. A análise dos resultados e as considerações finais encerram o texto.

1. Referencial teórico

Contrato de Gestão

Contrato de gestão é a ferramenta utilizada pelo setor público brasileiro para consolidar o processo de publicização, ou seja, a transferência da prestação de serviços não-exclusivos do Estado para os segundo ou terceiro setores (BRASIL, 1995). De acordo com o §3 do art. 6º da Lei Complementar nº 846 do estado de São Paulo, de 04 de junho de 1998, é dispensado o uso de licitação para a contratação de OSS; faz-se apenas um chamamento público, com a publicação da minuta do contrato de gestão, após o qual as OSS interessadas devem apresentar-se levando documentação pertinente. A seleção é feita pelo poder público e, segundo o art. 19º da mesma lei, a Organização Social fará publicar na imprensa e no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 dias contados a partir da data de assinatura do contrato de gestão, o regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do poder público (SÃO PAULO, 1998).

Para Alcoforado (2005), o processo de contratualização com o Estado é composto por três fases: (i) negociação – nesta etapa um órgão estatal identifica a necessidade de contratar serviços, estabelece a gama de atividades que deve ser requisitada, identifica possíveis órgãos ou entidades para a execução dos serviços e inicia o processo de negociação em que serão discutidos os indicadores de desempenho, as metas e o orçamento do projeto; (ii) construção do instrumento – ao longo desta fase formaliza-se tudo o que foi acordado entre as partes, com o adicional de que são definidas as sanções e métodos de fiscalização e prestação de contas dos resultados atingidos durante a realização do contrato; (iii) gerenciamento – o órgão público contratante encarrega-se desta fase e ela ocorre desde o momento da assinatura até o término do contrato. Compreende todas as atividades de supervisão, monitoramento dos indicadores de desempenho e avaliação dos resultados obtidos.

O contrato de gestão tem foco no controle de *outputs* e nas medidas de desempenho, visa “contribuir ou reforçar o atingimento de objetivos de políticas públicas, mediante o desenvolvimento de um programa de melhoria da gestão, com vistas a atingir uma superior qualidade do produto ou serviço prestado ao cidadão” (BRASIL, 1997, p. 36). O conteúdo do contrato de gestão abrange a definição de

“metas (e respectivos indicadores), obrigações, responsabilidades, recursos, condicionantes, mecanismos de avaliação e penalidades” (BRASIL, 1997, p. 36). Ele também é construído sob a lógica da remuneração em que uma parte é “fixa” e outra é “variável”, a depender do alcance das metas. Tal mecanismo estimula a OSS a evitar comportamentos oportunistas, em que privilegiaria seus interesses particulares em detrimento dos interesses do gestor público, reduzindo possíveis efeitos negativos da relação de agência. Costa e Silva, Barbosa e Hortale (2016) ressaltam que outras iniciativas são necessárias para que os efeitos esperados (contratados) sejam observados, além do contrato de gestão, citam como exemplos a formação adequada dos profissionais contratados, seu compromisso ético, a implementação de meios de educação permanente etc.

Carneiro Júnior e Elias (2006, p. 919) acrescentam que essa forma de financiamento imprime “outra lógica ao atendimento, preocupando-se em absorver a demanda, sem a seleção de procedimentos pela sua remuneração (baixa ou alta), pois o contrato implica um ‘pacote fechado’ para o suprimento das atividades assistenciais”, o que assegura também a autonomia administrativa e financeira dessas entidades.

Para alcançar seu propósito, no entanto, não basta que o contrato de gestão esteja voltado ao controle de resultados. Abrucio (2016) considera que nove condições devem ser atendidas para que a contratualização seja realizada de modo adequado, são elas: (i) forte regulação estatal; (ii) gestão por resultados; (iii) qualidade dos contratos; (iv) adequado entrosamento entre as instituições responsáveis pelo monitoramento dos contratos; (v) pluralidade institucional e de provedores; (vi) qualidade das informações; (vii) equilíbrio do binômio coordenação-competição; (viii) introdução de formas de *accountability*; e por fim, (ix) criação de formas de parceria entre o Estado, a sociedade e o mercado.

Apesar destas diversas condições e das inerentes dificuldades em atender a todas elas, esse modelo de contratualização é tomado como uma das maiores inovações institucionais das últimas décadas no campo das reformas do Estado no Brasil (Pacheco, 2004). Verifica-se que a relação expressa entre a Organização Social de Saúde e o poder público, conforme os contratos, não é uma relação hierárquica, mas sim uma relação de direitos e obrigações entre as partes, com apresentação da

forma de remuneração, dos deveres de cada parte e das possibilidades de quebra de contratos.

2. Organizações Sociais de Saúde no estado de São Paulo

A relação entre OSS e poder público foi conflituosa desde o princípio. Após a aprovação da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispôs sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais em âmbito federal, houve a abertura de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) por parte da oposição política da época a fim de causar a revogação da Lei. A discussão promovida na literatura e na prática da gestão pública era de se a descentralização promovida pelo processo de publicização seria ou não uma espécie de privatização do serviço público de saúde.

Nesse sentido, Arretche (1996) defende que há quatro tipos de descentralização: a desconcentração, a delegação, a transferência de atribuições e a privatização ou desregulação. Destas, poder-se-ia afirmar que a contratualização com OSS seria uma descentralização do tipo delegação, e não privatização, pois, segundo a autora, diria respeito à “transferência da responsabilidade na gestão de serviços para agências não-vinculadas ao governo central, mantido o controle dos recursos pelo governo central” (ARRETCHÉ, 1996, p. 44). Isto porque a presença do Estado mantém-se na forma de proprietário dos hospitais sob gestão das OSS e na instituição dos modos de regulação, pois é o Estado o responsável por estabelecer, no contrato de gestão, as metas que devem ser alcançadas e indicadores usados para mensurá-las, as formas de prestação de contas, o cronograma de recursos repassados etc.

No caso do estado de São Paulo, especificamente, fatos recentes demonstram igualmente uma relação marcada por conflitos. A título de exemplo, em 2018 a Assembleia Legislativa do estado de São Paulo (ALESP) abriu uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar denúncias a respeito de supostas irregularidades nos contratos realizados entre Organizações Sociais e prefeituras ou entre aquelas e o Governo Federal. Segundo o portal do Tribunal de Contas do estado de São Paulo (TCE-SP)⁴, a investigação começou após denúncias de desvio de R\$4,5

⁴ <https://www.tce.sp.gov.br/6524-alesp-tce-colabora-com-trabalhos-cpi-oss>, recuperado em 26, fevereiro, 2019.

milhões em verbas públicas no Hospital Ouro Verde, em Campinas. Essa CPI resultou na prisão de seis pessoas acusadas de envolvimento no esquema e na produção de um relatório apontando 23 irregularidades na execução de contratos celebrados com o estado de São Paulo e com municípios do interior, a capital não estava inclusa pois possui um Tribunal de Contas Municipal (TCM) próprio. Em reportagem, o jornal Estadão (VASSALLO, 2018) apresentou as irregularidades apontadas no Relatório da Corte de Contas do TCE-SP, e dentre elas estão:

Quarteirização de atividades-fim da entidade gerenciada, agravada por sub-contratações efetuadas pelas empresas contratadas; Desequilíbrio econômico-financeiro, revelado por déficit patrimonial, com Índice de liquidez corrente insignificante; Contratação de empresa para prestar serviços de Assessoria de Imprensa com vistas à propaganda e promoção institucional da Organização Social; Contratação de empresas pertencentes a parentes de dirigentes da Organização Social, sem a realização de processo de seleção; Contrato de prestação de serviços de gestão, qualificação, treinamento, supervisão de equipe médica profissional, combinado com plantões. Serviço atestado e pago pelo concessor da verba pública, sendo que o único serviço prestado foi o relativo a plantões; Pagamento de despesas incompatíveis com o objeto pactuado, caracterizando desvio de finalidade do recurso público; Pagamento de ações trabalhistas referentes ao período anterior à vigência do contrato de gestão; Não cumprimento de metas e/ou grande variação entre índices de cumprimento de metas, caracterizando falta de planejamento; Aquisição de insumos a custos superiores aos praticados pelo Governo do Estado; Pagamento a dirigentes e profissionais administrativos acima do teto estabelecido por Lei.

261

Reportagem do Jornal G1 (MACHADO, 2018) registrou parte do depoimento dado pelo ex-secretário de Saúde da Prefeitura de São Paulo, Wilson Pollara, que afirmou durante a CPI que existem falhas no processo de controle dos contratos firmados com o estado de São Paulo. Atribuiu esta dificuldade à quantidade insuficiente de funcionários para fiscalizar a grande quantidade de contratos e termos aditivos, e defendeu a automação desse processo através da utilização de softwares.

Mas o modelo de gestão de serviços públicos de saúde por meio de Organizações Sociais de Saúde não apresenta apenas conflitos, mas também benefícios, principalmente quando comparados ao modelo da Administração Direta (AD). A título de exemplo, Barbosa e Elias (2010), ao realizarem um estudo sobre OSS no estado de São Paulo, defendem que, pelo fato de desfrutarem de maior

autonomia administrativa e financeira e terem a capacidade de estruturar a prestação de serviços de acordo com critérios de eficiência e eficácia, as OSS apresentam melhor desempenho do que a AD, com ênfase para uma melhor alocação de tempo e atenção. Os autores concluem ainda que

Um maior nível de autonomia concedida às unidades sob gestão OSS implica uma maior capacidade de controle e avaliação por parte do gestor estadual em relação aos resultados contratados, bem como um maior domínio dos órgãos de controle externo de novos conceitos e ferramentas focados no desempenho destas unidades, em detrimento do prevalente controle sobre procedimentos. [...] O papel desempenhado pelos contratos de gestão [...] serve como parâmetro para definição da alocação interna de recursos e dos custos envolvidos nos procedimentos e serviços produzidos. (BARBOSA e ELIAS, 2010, p. 2493).

Observa-se que, apesar de sua experiência, o modelo OSS ainda está em construção. Há evidências de más condutas adotadas por algumas entidades, mas também há evidências de boas práticas, voltadas para a melhoria da gestão e do desempenho, onde o contrato de gestão figura como parte fundamental.

O conceito de governança pública foi concebido tomando por base duas teorias: a Teoria da Agência, que também fundamenta o conceito de governança corporativa; e a Teoria da Escolha Pública. A Teoria da Agência é enunciada através da relação de agência, definida como um “contrato sob o qual uma ou mais pessoas (o principal ou os principais) engaja outra pessoa (o agente) para desempenhar um serviço em seu nome, o que envolve delegar alguma autoridade de tomada de decisão ao agente” (JENSEN e MECKLING, 1976, p. 308). A relação de agência, contudo, é uma relação conflituosa, pois, de acordo com Lambert (2001), é possível que haja a aversão ao esforço por parte do agente; o agente pode desviar recursos da organização para seu consumo ou uso privado; agente e principal podem ter diferentes horizontes de tempo para suas ações; e ambos podem ter diferentes níveis de aversão ao risco. Para minimizar os efeitos decorrentes desse conflito de interesses, o principal incorre no que é chamado de custos de agência, que são mecanismos implementados na entidade para estimular o agente a tomar decisões

em conformidade com os anseios do principal, que tem consequências também, na diminuição da assimetria de informações (JENSEN e MECKLING, 1976).

A Teoria da Escolha Pública, por sua vez, pauta-se em algumas premissas básicas, quais sejam: os agentes políticos são pessoas comuns e, portanto, são interessados, racionais e maximizadores, o que faz com que busquem e precisem tomar o poder político para conseguir promover seus interesses pessoais; individualismo metodológico, ou seja, o agente político é analisado não a partir da perspectiva dos fins que declara, daquilo que deveria fazer ou que divulga querer fazer, mas sim sob a perspectiva do que realmente ele faz e de quais mecanismos lhe servem de incentivo; assumir um cargo público não modifica a personalidade de uma pessoa, isto é, se ela for do tipo que busca o próprio benefício antes do benefício ao outro em sua vida particular, também o fará enquanto agente político; admite-se a perspectiva de que o Estado falha ao não conseguir alcançar os resultados que desejava, isso decorre do fato de a política ser feita por pessoas e pessoas são imperfeitas (GIANTURCO, 2018).

Diz-se que a governança pública baseia-se nessas duas teorias, pois, ao versar sobre o público, reconhece a existência de uma relação de agência – sendo que a mais evidente é a que se dá entre os cidadãos (principais) e os representantes eleitos (agentes) – na qual as partes que compõem essa relação estão em busca da defesa de seus próprios interesses.

O conceito de governança pública foi cunhado pela primeira vez pelo Instituto Britânico de Finanças e Contabilidade Pública (CIFPA), em 1995. Foi apresentado quando desenvolveram a primeira estrutura de governança corporativa para o setor público com base no *The Cadbury Report*, apesar de este relatório estar voltado às entidades do setor privado (ROSSONI e MACHADO DA SILVA, 2010). Em 2001, foi publicado pelo *Public Sector Committee* (PSC) da *International Federation of Accountants* (IFAC) o *Study 13*, cujo objetivo era descrever os princípios de governança pública e sua aplicação às entidades do setor público. Desde então, muitas métricas foram desenvolvidas na tentativa de mensurar a governança pública. Algumas que podem ser citadas são as contidas nos trabalhos de Oliveira e Pisa (2015) e de Ramos e Vieira (2015).

No que diz respeito ao tratamento do conceito de governança pública, utiliza-se o *Study 13* do IFAC no presente artigo em virtude de mostrar-se instrumento abrangente, posto que considera seus princípios aplicáveis a todas as entidades do setor público, incluindo diferentes níveis de governo, entidades governamentais e empresas públicas. Admite-se, por essa razão, que o terceiro setor, como setor público não estatal, poderia ser enquadrado nesse escopo.

O *Study 13* do IFAC foi por muitos anos considerado o relatório mais importante a tratar dessa questão graças à amplitude de seu escopo e a primazia de seu papel. No entanto, ele não atribui uma definição ao conceito de governança, apesar de versar sobre seus princípios. Por essa razão, será admitida neste trabalho a definição dada por Oliveira e Pisa (2015, p. 1264) de que governança pública refere-se à capacidade do Estado de “implementar as políticas necessárias para o alcance dos objetivos comuns e pressupõe o aperfeiçoamento dos meios de interlocução com a sociedade, ao passo que sejam promovidas ações que garantam maior atuação do cidadão e responsabilização dos agentes públicos”. Optou-se por esta definição, pois ela está em harmonia aos princípios enunciados pelo *Study 13*, que compreendem transparência (“meios de interlocução com a sociedade”) e *accountability* (“responsabilização dos agentes públicos”).

Transparência (*openness*): é exigida à medida que as partes interessadas (sociedade) têm confiança nas ações e nos processos de tomada de decisão e na gestão das atividades das entidades do setor público, sendo pública através da consulta e da comunicação de informações com as partes interessadas, sendo precisas e claras, conduzindo à ação efetiva, pontual e tolerável do escrutínio necessário; [...] Responsabilidade na prestação de contas (*accountability*): é o processo em que as entidades do setor público e seus indivíduos são responsáveis por suas decisões e ações, incluindo a administração dos fundos públicos e todos os aspectos de desempenho, e submetendo-se a escrutínio externo apropriado. É alcançada por todas as partes, tendo uma compreensão clara de sua responsabilidade e tendo os papéis claramente definidos através de uma estrutura robusta. Em consequência, é a obrigação de responder por uma responsabilidade conferida (IFAC, 2001, p. 12, tradução nossa).

Deve-se ressaltar que, no caso dos contratos de gestão, trata-se de uma transparência ativa, que diz respeito aos dados disponibilizados de forma espontânea, em atendimento ou não a alguma legislação pertinente. Isto porque, segundo Raupp (2016, p. 38), “é dever dos órgãos e entidades públicas promover,

independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo geral por eles produzidas ou custodiadas”. Nesse caso, há um requerimento legal, conforme o art. 7º da Lei Complementar nº 1.243/14, que obriga a publicação do contrato de gestão na íntegra no Diário Oficial do Estado de São Paulo.

Assim, os contratos de gestão seriam, não apenas ferramentas que objetivam a parceria entre a Organização Social e o poder público, mas também uma prática de governança no setor público, em razão de atender ao princípio da transparência, por ser informação de interesse público e estar disponível para acesso, como também permitiria a responsabilização na prestação de contas (*accountability*), pois, neles são estabelecidos os papéis a serem exercidos por ambas as partes, o desempenho esperado e admite-se que todas as decisões tomadas quanto ao uso dos recursos públicos irão no sentido de cumprir a responsabilidade assumida.

O contrato de gestão, pelo lado do Estado, tem a função de expor seus objetivos, direcionar a atuação das OSS, bem como servir de base para a implementação, supervisão e avaliação das ações executadas (BRASIL, 1997). Pelo lado da Organização Social, esse documento é o que norteia o planejamento de suas ações, já que descreve os recursos, metas e formas de prestação de contas (BRASIL, 1997; IBAÑEZ et al., 2001). Observa-se que o contrato de gestão é base de toda a relação entre as partes, servindo de *accountability* e de referência para a avaliação das atividades realizadas (BAGGENSTOSS e DONADONE, 2014).

3. Procedimentos metodológicos

Metodologia

A presente pesquisa caracteriza-se como exploratória, uma vez que está sendo desenvolvida com “o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis” (GIL, 2008, p. 27).

A metodologia aplicada foi pesquisa documental, já que a fonte dos dados são documentos obtidos por consultas aos sites especializados, ou seja, documentos que

não haviam sido previamente analisados. É próprio a este tipo de método a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2008). Optou-se também por realizar uma análise descritiva, já que esta estratégia de pesquisa tem como “objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno” (GIL, 2008, p. 28). Observa-se, portanto, que a pesquisa possui avaliação qualitativa.

4. Seleção da Amostra

Através da análise do orçamento estadual de São Paulo no período compreendido entre 2009 e 2017, observou-se a existência de 70 rubricas do orçamento referentes a gastos com hospitais, sendo que em 2016, 38 destes hospitais eram geridos pela AD e 32 por OSS. Para a seleção da amostra, foram utilizados quatro critérios: (i) tipo de instituição, (ii) número de leitos, (iii) nível de complexidade e (iv) informações disponíveis e completas para todo o período sem descontinuidade. Estes critérios foram aplicados com a finalidade de homogeneizar as instituições de relacionamento com o estado de São Paulo.

Em relação ao critério “tipo de instituição”, foi excluído da análise os hospitais que possuíam as seguintes características: hospitais universitários ou com foco em ensino; institutos especializados em apenas um tipo de atendimento, como maternidades ou hospitais oncológicos; conjuntos e complexos hospitalares; fundações; hospitais geridos por consórcios intermunicipais; criados via “Parcerias Público-Privadas”; e geridos por meio de convênio.

Em relação ao critério “número de leitos”, foram selecionados aqueles que possuíam entre 100 e 450 leitos. Homogeneizar o tamanho dos hospitais auxilia na diminuição de possíveis disparidades devido ao porte de cada hospital, sendo que a faixa escolhida é aquela em que se observam as maiores economias de escala em instituições hospitalares, podendo ser considerado o tamanho mais adequado (MENDES, 2011).

Em relação ao critério “nível de complexidade”, optou-se por aqueles hospitais que prestam serviço de alta complexidade ou que são classificados como tal. Essa informação foi obtida através dos sites dos próprios hospitais, da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SES) e dos sites das OSS que os gerenciam.

Buscou-se as informações necessárias para a elaboração do trabalho, o que levou a exclusão de mais 2 hospitais por não conterem todas as informações necessárias referentes ao período analisado: um devido à paralização de parte de suas atividades para reformas, não prestando serviços nos dois últimos anos analisados; e o outro porque as informações sobre os repasses de recursos para os dois primeiros anos analisados não estão disponíveis.

Desse modo, foram analisados os dados referentes a 4 hospitais de grande porte pertencentes ao estado de São Paulo que prestam serviços na alta complexidade de atenção à saúde e são geridos por OSS, quais sejam: Hospital Geral de Itapecerica da Serra (GIS) – SECONCI, Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo (CLPM) – SPDM, Hospital Estadual Mario Covas (EMC) - Fundação do ABC, Hospital Geral de Pirajussara (GP) – SPDM.

Os contratos com as OSS indicadas acima foram obtidos através do Portal da Transparência do Estado de São Paulo, no item “Organizações Sociais”, na aba “3º setor”. Selecionando a área “saúde”, foi possível levantar os contratos firmados e seus termos aditivos desde 2009 exclusivamente para a gestão de hospitais, excluindo assim os contratos referentes a outras unidades que prestam serviços na área da saúde, bem como obter a identificação das OSS gestoras em cada período.

No período estudado, o estado de São Paulo firmou 75 contratos de gestão com 511 termos aditivos relacionados. No entanto, foram analisados apenas aqueles referentes aos serviços hospitalares das unidades já indicadas. A análise descritiva buscou expor o conteúdo dos contratos de gestão e a forma de funcionamento da contratualização dos hospitais geridos por estas OSS.

5. Análise de resultados

Análise Descritiva – Perspectiva Geral dos Contratos

Segundo os procedimentos metodológicos de seleção da amostra descritos na seção anterior, os contratos analisados estão caracterizados no Quadro 1, a seguir. O código criado para cada contrato de gestão foi construído considerando-se a sigla mencionada do nome do hospital e o ano do contrato em questão.

O primeiro ponto que se observa é o tamanho dos contratos, que variou de 18 a 26 páginas. É possível notar uma tendência de aumento no seu tamanho com o passar do tempo, sendo os três contratos mais antigos os menores, enquanto os últimos têm mais de 21 páginas. Observa-se que o aumento foi decorrente da introdução de novos conteúdos nos anexos, sendo que em todos os contratos analisados os anexos representavam pelo menos a metade do total de páginas.

Quadro 1 – Processos referentes aos hospitais e as Organizações Sociais responsáveis

Código	OSS	Processo do Contrato	Termo Aditivo	Total de Páginas	Representante da OSS
EMC-09	Fundação do ABC	001.0100.000.413/2009	Nenhum	18	Presidente
GIS-11	SECONCI	001.0500.000.067/2011	9	18	Conselheiro presidente
GP-11	SPDM	001.0500.000.074/2011	10	18	Presidente
CLPM-12	SPDM	001.0500.000.041/2012	15	26	Presidente
EMC-12	Fundação do ABC	001.0500.000.040/2012	16	25	Presidente
GP-16	SPDM	001.0500.000.033/2016	4	21	Conselheiro presidente
GIS-16	SECONCI	001.0500.000.036/2016	3	23	Presidente
CLPM-17	SPDM	001.0500.000.019/2017	3	24	Presidente
EMC-17	Fundação do ABC	001.0500.000.021/2017	4	24	Presidente

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Quanto ao conteúdo, excluindo-se os anexos que serão abordados adiante, todos apresentam similaridades. Indicam a Organização Social contratada, o hospital que será gerido, os valores e as datas de repasses financeiros, consistente com os achados de Baggenstoss e Donadone (2014), o que é próprio da introdução de um modelo de contrato padrão para esse tipo de parceria que aconteceu no ano 2000 (GOMES, 2005).

Destaque deve ser dado às partes do contrato que não têm como foco a descrição dos serviços a serem realizados e sua quantificação, são elas: a especificação da qualidade dos serviços, os recursos materiais disponibilizados e os recursos financeiros empregados.

Quanto às ações voltadas à qualidade dos serviços prestados, ao atendimento à população e os cuidados com a humanização dos serviços, aspectos de cunho qualitativo, os contratos determinam as seguintes ações:

- i. Instalação dos serviços de atendimento ao usuário;
- ii. Atendimento dos pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário;
- iii. Informar ao paciente ou representante, por escrito, o motivo da não realização de determinado tratamento;
- iv. Permissão de visita diária aos pacientes internados, em período mínimo de 2 horas, e acompanhamento integral nos casos de internação de gestantes, deficientes, crianças e idosos;
- v. Esclarecimento de toda e qualquer dúvida do paciente sobre seus direitos e sobre os serviços prestados;
- vi. Respeito à decisão do paciente, ou responsável, de aceitar ou recusar o tratamento;
- vii. Asseguração ao paciente da assistência religiosa; e
- viii. Fornecimento ao paciente atendido, em sua saída, de informe relatando os motivos do atendimento (CID-10) e dos procedimentos realizados.

269

Essas obrigações assumidas pela contratada e negociadas por iniciativa da SES, demonstram preocupação do poder público em garantir parâmetros mínimos de qualidade, com humanização nos serviços prestados e respeito aos direitos dos cidadãos. Evidenciam que o contrato não se resume a uma peça jurídica ou de gestão com a mera indicação de prazos, metas quantitativas e valores financeiros.

Quanto aos recursos materiais que serão utilizados para a prestação dos serviços, não há detalhamento sobre isso nos contratos, ou seja, não é especificado qual patrimônio determinada OSS passará a gerir, pois há apenas a menção a “bens e imóveis” que, entende-se, deve se referir aos recursos físicos fornecidos pelo estado. O poder público é responsável por fornecer os meios necessários à OSS para a realização dos serviços contratualizados.

Em relação aos recursos financeiros é apontado como dever do estado incluir nos orçamentos dos anos subsequentes de vigência do contrato os recursos

necessários para a execução das atividades pela OSS, com base no Anexo II. Os recursos transferidos pelo estado para a gestão hospitalar devem ser movimentados em conta corrente específica em nome do próprio hospital, separados dos recursos próprios da Organização Social de Saúde. A OSS não está proibida de obter recursos extras através da prestação de serviços, doações, contribuições, rendimentos de aplicações financeiras ou por obtenção de empréstimos, em nome da própria Organização, desde que o provimento de serviços de saúde contratualizado não seja afetado.

No Quadro 2, abaixo, são expostos os valores globais e do primeiro ano de vigência de cada contrato de gestão, segundo os documentos coletados pela pesquisa. Os valores foram corrigidos pelo INPC para o ano base de 2017, último ano da série, para permitir comparação dos valores.

Quadro 2 - Valores globais e referentes ao primeiro ano de vigência de cada contrato

Código	Organização Social	Valor Global (R\$)	Primeiro Ano (R\$)
EMC-09	Fundação do ABC	764.665.409,89	76.466.540,98
GIS-11	SECONCI	650.639.929,83	130.127.985,96
GP-11	SPDM	714.116.996,15	142.823.399,23
CLPM-12	SPDM	824.983.303,11	82.498.330,31
EMC-12	Fundação do ABC	874.897.619,27	87.489.761,92
GP-16	SPDM	670.269.981,85	134.053.996,37
GIS-16	SECONCI	639.680.930,53	127.936.186,10
CLPM-17	SPDM	865.307.460,00	86.530.746,00
EMC-17	Fundação do ABC	966.180.000,00	96.618.000,00

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Na cláusula 28, cada contrato determina como teto 70% do valor global para as despesas com custeio da unidade gerida, como o limite para remunerações e vantagens recebidas ou pagas a funcionários e dirigentes. O contrato determina ainda que esses valores sejam consistentes com os níveis de remuneração praticados no setor privado, observando a média de, no mínimo, outras 10 instituições com características similares, calculada por entidades especializadas no assunto. Contudo, não se especificam os limites para contratações por meio das

relações de trabalho reguladas pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) brasileira, terceirização ou por pessoa jurídica.

O monitoramento das atividades pelo poder público é apresentado como de responsabilidade da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, tendo como base as metas presentes nos contratos. A avaliação é de responsabilidade da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, com base na Lei Complementar nº 846/98 (SÃO PAULO, 1998) e é realizada por meio dos relatórios de atividades fornecidos por todas as OSS. Essa comissão também deve encaminhar anualmente à SES e à ALESP, relatório avaliativo da gestão dos hospitais pelas OSS e os resultados obtidos de acordo com as metas contidas nos contratos.

Os motivos que poderiam levar à suspensão do contrato de gestão são indicados na Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 (BRASIL, 1993), ou a vontade unilateral de uma das partes do contrato. Os motivos de suspensão estão relacionados a atos criminosos, dano ao patrimônio público ou suspensão dos serviços ou das atividades, mas não há especificidades em relação ao não atingimento das metas contratualizadas ou níveis mínimos de qualidade, mesmo sendo requisitos do contrato.

A parte final de cada contrato é constituída por três anexos técnicos: I - Descrição dos serviços; II – Sistema de pagamento; e III – Indicadores de qualidade. No anexo I dos contratos são detalhados os serviços que devem ser realizados, sua quantidade e suas características; no Anexo II são apresentados o valor financeiro do contrato, as datas de vencimento das parcelas dos repasses e a forma de pagamento pelos serviços prestados; no Anexo III são expostas as metas de qualidade que servem como base para a avaliação das atividades realizadas e do pagamento da parte variável. Como recompensa ao alcance das metas contratualizadas, há o repasse integral dos 10% dos recursos financeiros que dependem do desempenho; o não atingimento, portanto, é punido com a diminuição dessa porcentagem de repasse.

Análise Descritiva – Perspectiva Detalhada dos Serviços

A seguir, apresenta-se uma análise mais detalhada dos contratos de gestão. Versa-se sobre as especialidades médicas e não médicas contratualizadas, a quantidade de atendimentos por especialidade e por tipo de unidade de saúde, indicadores de qualidade, o tipo de admissão aceita por cada hospital para atendimentos de urgência, dentre outros. A função da análise é esclarecer qual a natureza das informações encontradas no contrato de gestão e como elas estão alinhadas aos princípios de transparência, posto que munem a sociedade de informações importantes sobre a prestação de serviços de saúde, e como possibilita a *accountability*, uma vez que cada contrato de gestão é assinado por ambas as partes que se responsabilizam mutuamente por fazer frente a cada exigência presente no dispositivo.

Quadro 3 - Especialidades médicas contratualizadas por hospital e ano do contrato

Especialidade Médica	EMC-09	GIS-11	GP-11	CLPM-12	EMC-12	GP-16	GIS-16	CLPM-17	EMC-17
Acupuntura			X			X			X
Alergia / Imunológica	X		X	X				X	
Anestesiologia				X	X	X	X	X	X
Angiologia	X			X					
Cardiologia	X	X	X	X		X	X	X	X
Cirurgia Cardiovascular	X		X	X	X	X		X	X
Cirurgia Geral	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cirurgia Pediátrica	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cirurgia Plástica	X		X	X	X	X		X	X
Cirurgia Torácica	X	X		X	X	X		X	X
Cirurgia Vascular	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Clínica médica							X		
Dermatologia	X		X	X	X	X		X	X
Endocrinologia	X	X	X	X	X	X		X	X
Endoscopia	X								
Fisiatria	X	X				X			
Gastroenterologia	X		X	X	X	X			
Ginecologia	X	X	X	X	X	X	X		X
Hematologia	X			X	X			X	X
Hemodiálise	X								
Infectologia	X	X		X	X	X			X
Mastologia				X	X			X	X
Medicina do trabalho	X						X		
Medicina intensiva			X						
Nefrologia	X		X	X	X	X		X	
Neonatologia						X	X		
Neurocirurgia	X	X	X	X	X		X	X	X
Neurologia	X	X	X	X				X	X
Obstetrícia		X	X			X	X		
Oftalmologia		X	X	X		X	X	X	
Oncologia	X			X	X			X	X
Ortopedia/Traumatologia	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Otorrinolaringologia	X		X	X		X		X	X
Pediatria	X		X				X		
Pneumologia	X	X	X	X		X	X	X	X
Proctologia	X		X	X	X	X		X	X
Psiquiatria	X		X		X	X		X	X
Reumatologia	X			X				X	X
Urologia	X	X	X	X	X	X		X	X
Cirurgia cabeça pescoço	X	X		X	X	X		X	X
Outros					X				

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Os serviços contratualizados são separados em: assistência hospitalar; hospital dia e cirurgias ambulatoriais; atendimento a urgências hospitalares; atendimentos ambulatoriais; programas especiais e novas especialidades de atendimento. Cada um desses itens vem seguido de uma descrição de quais são as

atividades realizadas em cada uma das categorias citadas, bem como da legislação a que estão submetidas.

O Quadro 3, acima, apresenta as especialidades médicas contratualizadas em cada um dos contratos de gestão da amostra. Ao observá-lo é possível constatar que enquanto os procedimentos de alta complexidade, como cirurgias e especialidades ligadas a neurologia, cardiologia e traumatologia são realizados por todos os hospitais, as ações relacionadas a média complexidade, com exceção de ginecologia, não aparecem em todos os contratos e não são feitos em todos os hospitais, reforçando o caráter de alta complexidade destas unidades de saúde.

Quadro 4 – Especialidades não médicas contratualizadas por hospital e ano do contrato

Especialidade Não Médica	EMC-09	GIS-11	GP-11	CLPM- ¹²	EMC-12	GP-16	GIS-16	CLPM- ¹⁷	EMC-17
Enfermaria		X	X	X	X	X	X	X	X
Farmacêutico					X			X	X
Fisioterapeuta		X	X	X	X	X	X	X	X
Fonoaudiólogo		X	X	X	X	X	X	X	X
Nutricionista				X	X	X	X	X	X
Psicólogo	X	X	X	X	X		X		X
Terapeuta ocupacional		X	X		X		X		X
Odontologia				X	X	X		X	X
Serviço Social			X						
Outros				X					

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Complementando o Quadro 3, o Quadro 4 mostra as especialidades não médicas contratualizadas em cada Hospital. Percebe-se que, dentre as especialidades não médicas, as que estão presentes em todos os hospitais e em pelo menos um dos contratos firmados são: enfermagem, psicologia, fonoaudiologia e fisioterapia.

O Quadro 5, abaixo, apresenta a quantidade de atendimentos de algumas especialidades médicas. Ressalta-se que esses atendimentos compreendem tanto àqueles que foram contratualizados, quanto àqueles que, apesar de não terem sido contratualizados, são fornecidos como suporte de outros procedimentos. Por

exemplo, no hospital em que há uma maternidade e um centro cirúrgico infantil, toda criança internada receberá acompanhamento de um médico pediatra e isso é contado como um atendimento pediátrico. Porém, caso essa especialidade não tenha sido contratualizada, não haverá salas ou um setor específico de pediatria, pois a atividade exercida por ele será apenas a de auxiliar as demais áreas. Observa-se também que a quantidade de saídas cirúrgicas, alta cirúrgica dada ao indivíduo, é muito maior do que qualquer outro tipo de atendimento.

Quadro 5 – Quantidade de atendimentos por especialidade por hospital e ano do contrato

Código	Clínica médica	Obstetrícia	Pediatria	Psiquiatria	Saídas cirúrgicas
EMC-09	1.205	1.076	458		2.882
GIS-11	2.317	2.737	1.705		4.801
GP-11	1.140	3.414	1.560	192	4.828
CLPM-12	2.390		870	180	2.220
EMC-12	1.840		408	177	3.208
GP-16	1.080	3.600	1.560	180	5.256
GIS-16	2.304	3.192	1.980		4.440
CLPM-17	3.132		300	180	2.556
EMC-17	1.560		234	174	4.068

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

No Quadro 6, a seguir, apresenta-se a quantidade de atendimentos contratualizados por tipo de unidade nos hospitais, cada unidade engloba um conjunto distinto de serviços. Nota-se relativa mudança do foco dos atendimentos de cada hospital, pois há o aumento da quantidade de procedimentos contratualizados, com destaque para as áreas de cirurgia ambulatorial e ambulatorial não médico. Evidencia-se também a predominância das atividades ambulatoriais médicas em termos de quantidade.

Quadro 6 – Quantidade de atendimentos por tipo por hospital e ano do contrato

Código	Hospital Dia	Cirurgia Ambulatorial	Ambulatorial médico	Ambulatorial não médico
EMC-09	1.076		81.148	
GIS-11	2.436	617	107.655	11.424
GP-11	2.594	1.465	107.760	19.219
CLPM-12	741	810	53.435	4.800
EMC-12	421	2.343	40.427	8.370
GP-16	2.556	1.500	84.948	42.024
GIS-16	3.060	624	59.652	59.424
CLPM-17	618	972	53.550	4.800
EMC-17	486	2.694	60.528	21.744

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

O Quadro 7, abaixo, mostra que na maioria dos casos, optou-se por contratualizar atendimento de tipo porta fechada, que são hospitais que mantêm prontos-socorros e ambulatórios onde só são atendidos pacientes quando encaminhados por outros serviços ou unidades de saúde previamente autorizados, diferindo-se do tipo porta aberta que atende imediatamente a população de acordo com a capacidade da unidade.

Quanto ao conteúdo dos Anexos dos contratos, ao final do Anexo I são expostos os documentos que devem ser enviados à SES para prestação de contas, seja nos períodos estipulados ou mediante demanda do poder público. São eles: (i) relatórios contábeis e financeiros; (ii) relatórios referentes aos indicadores de qualidade estabelecidos para a unidade; (iii) relatório de custos; (iv) censo de origem dos pacientes atendidos; (v) pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes; (vi) outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência e outros.

No Anexo II dos contratos são detalhadas as modalidades de pagamento de acordo com os serviços discriminados no Anexo I, sendo apresentada a proporção que cada modalidade de serviço representará no valor orçado, informação contida no Quadro 8, abaixo. Esta última informação servirá de base para a avaliação do repasse dos 10% adicionais no caso do atingimento das metas. Também é exposto o cronograma para o repasse dos recursos, tanto a parte fixa como a variável.

Quadro 7 – Tipo de admissão e quantidade de atendimentos de urgência e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) por hospital e ano do contrato

Código	Tipo de admissão	Urgência	SADT
EMC-09	Porta Fechada	4.416	54.653
GIS-11	Porta Fechada	87.248	5.676
GP-11	Porta Fechada	26.400	63.801
CLPM-12	Porta Aberta	97.251	7.867
EMC-12	Porta Fechada	7.800	19.779
GP-16	Porta Fechada	26.400	63.816
GIS-16	Porta Aberta	121.800	5.064
CLPM-17	Porta Aberta	67.200	8.946
EMC-17	Porta Fechada	7.800	12.336

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Quadro 8 - Distribuição percentual para efeito de desconto dos indicadores de produção do orçamento de custeio

Modalidades de Pagamento	EMC-09	GIS-11	GP-11	CLPM- 12	EMC-12	GP-16	GIS-16	CLPM- 17	EMC-17
Custeio com Despesas com o atendimento hospitalar (internação)	61,59	77,00	74,46	51,00	71,00				
Saídas hospitalares em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica						44,64	46,00	28,00	37,00
Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica						29,65	29,00	28,00	34,50
HD/Cirurgia Ambulatória	2,73	5,00	1,98	3,00	2,50	2,05	5,00	0,50	1,50
Urgência	5,58	10,00	8,36	33,00	15,50	8,53	12,00	29,00	7,00
Ambulatório / especialidades médicas	24,77	7,00	12,54	11,00	7,00	11,53	6,00	12,50	13,00
Ambulatório / especialidades não médicas						0,82	1,00	0,50	1,50
SADT - Externo	5,33	1,00	2,66	2,00	4,00	2,78	1,00	1,50	5,50

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Ao final dos contratos, expõem-se categorias de serviços contratados, como por exemplo internação, hospital dia e ambulatório e definem-se quatro faixas de variação no volume de atendimentos contratualizados, estabelecidas por valores

percentuais mínimos e máximos. Cada faixa de volume é relacionada à uma porcentagem que será paga da parcela variável. As faixas de quantidade produzida variam, aproximadamente, da seguinte forma:

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

O Anexo III, que versa sobre os Indicadores de qualidade, foi a parte dos contratos que apresentou mais mudanças no decorrer do tempo, com a inclusão de novos indicadores e a necessidade de realização de ações específicas. A mudança, provavelmente, reflete o processo de aprendizado do estado de São Paulo na gestão de serviços fornecidos por meio de parcerias na área de saúde. Porém, deve-se ressaltar que nem todos os indicadores valem para todos os hospitais, pois dependem das atividades específicas desenvolvidas por cada hospital.

Nesse aspecto, constata-se a evolução no formato e conteúdo dos contratos. No primeiro contrato firmado dentre os analisados, que data de 2009, estavam presentes apenas 4 indicadores de qualidade: mortalidade operatória, controle de infecção hospitalar, melhoria contínua na obstetrícia e mortalidade por infarto agudo do miocárdio. Nos anos seguintes foram adicionados os indicadores de núcleo de controle de epidemiologia, de análise do tempo de permanência e da taxa de cirurgias suspensas.

Nos contratos analisados a partir de 2013, houve mudança no modo de descrição destes indicadores, que foram ampliados em quantidade e separados em dois grupos, quais sejam:

- Pré-requisitos: apresentação das autorizações para internação hospitalar; taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio; programa de controle de infecção hospitalar; e indicadores específicos dos atendimentos realizados.

- Indicadores: qualidade da informação; programa de humanização; atividade cirúrgica; núcleo hospitalar de epidemiologia; e monitoramento de atividades selecionadas.

No Quadro 9, abaixo, observam-se os indicadores de qualidade presentes em cada contrato analisado.

Quadro 9 – Indicadores de qualidade presentes em cada contrato (em percentual)

Indicadores de Qualidade	EMC-09	GIS-11	GP-11	CLPM-12	EMC-12	GP-16	GIS-16	CLPM-17	EMC-17
Qualidade da informação						30	30	30	30
Programa de humanização						10	10	10	10
Melhoria contínua em obstetrícia	25	20	20			15	20		
Protocolos Assistenciais de Saúde Mental						5		5	5
Mortalidade Operatória	25								
Taxa de Cirurgia Suspensa		20	20	25	25				
Atividade Cirúrgica						15	15	15	15
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia		20	20	10	10	5	5	5	5
Monitoramento de Atividades Selecionadas						20	20	30	30
Controle de infecção Hospitalar	25	20	20	20	20	PR	PR	PR	PR
Análise de tempo de permanência		20	20	25	25				
Mortalidade por enfarte agudo do miocárdio	25			20	20	PR	PR	PR	PR
Agenda regulada de Oncologia								5	5
Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar						PR	PR	PR	PR

Legenda: PR – Pré-requisitos.

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Em relação aos termos aditivos, seu tamanho variou de 02 até 16 páginas, a depender de seu escopo. Os menores termos aditivos referem-se principalmente à

correção dos valores que seriam repassados nos anos seguintes à assinatura do contrato, decorrente de correção monetária. Os maiores abordaram mudanças nos serviços prestados e nos volumes contratualizados, mas sem grandes alterações. No entanto, em nenhum deles foi observado inclusão ou alteração dos indicadores de qualidade e nas formas de pagamento, não havendo assim grandes diferenças entre os termos aditivos, além das mencionadas.

Considerações finais

O objetivo da presente pesquisa foi descrever e caracterizar contratos de gestão celebrados entre o estado de São Paulo e OSS, para a gestão de unidades hospitalares de alta complexidade da rede pública de atendimento, como instrumentos de governança pública. Para tanto, empreendeu-se uma pesquisa exploratória, de avaliação qualitativa, com a aplicação das metodologias pesquisa documental e análise descritiva.

Verificou-se pela análise dos contratos selecionados na amostra que as informações contidas em seu escopo são abrangentes, discorrem sobre as responsabilidades de ambas as partes, os serviços contratados, considerando métricas de quantidade e qualidade, as formas de pagamento, sendo uma parte fixa e outra variável conforme o atingimento de metas, e aspectos humanitários sob os quais os agentes de saúde devem se pautar no momento de prestar serviços. Há de se considerar que, no período abrangido pela amostra, qual seja, de 2009 a 2017, houve mudanças no conteúdo dos contratos, principalmente do que diz respeito a criação de indicadores de qualidade e quantidade apresentados nos anexos.

Observou-se que, apesar de não haver uma relação hierárquica entre OSS e poder público, uma parte variável da remuneração está relacionada ao alcance de certas metas. Isso pode ser interpretado como uma espécie de custo de agência, pois é utilizado para dirimir comportamentos individualistas de gestores de OSS, agente nessa relação, em benefício dos interesses defendidos pelo poder público, principal em tal relação.

Em virtude de, em primeiro lugar, os contratos de gestão atenderem ao princípio de transparência, mesmo que ativa, por serem disponibilizados para acesso público e conterem informações de grande interesse social no que diz

respeito à gestão dos serviços de saúde; e em segundo lugar, por permitirem *accountability*, aqui compreendida como uma responsabilização na prestação de contas, ou seja, por permitir que tanto gestor público quanto gestor de OSS sejam ambos responsabilizados pelo que foi expressamente acordado nos contratos, sendo passíveis de julgamento no caso de descumprimento ou do exercício de práticas ilícitas durante o transcorrer do contrato, interpreta-se o contrato de gestão como um dos instrumentos de governança pública empregados pelo poder público.

Por tratar-se de estudo exploratório, cuja temática é pouco investigada na literatura, há certa originalidade pelo fato de sistematizar, organizar e tornar público tais informações, mas também há restrições na presente pesquisa. Algumas delas são a quantidade relativamente pequena de contratos analisados e o território geográfico restrito, que não permite antever as possíveis diferenças existentes no modelo de contrato de gestão celebrados em outras regiões.

Como sugestão para trabalhos futuros, tem-se a ampliação da amostra pela expansão do território geográfico escolhido. Há também que se avaliar a existência de outros instrumentos de governança pública utilizados pelo poder público, principalmente no que diz respeito às políticas setoriais de saúde, área de incontestável importância. Sugere-se também a análise dos contratos de gestão sob o olhar crítico da governança, a fim de verificar a possibilidade de haver melhorias neste instrumento.

Referências

ABRUCIO, F. L. (2016). "Contratualizações e Organizações Sociais: reflexões teóricas e lições da experiência internacional". *Debates GV Saúde*, v. 1, p. 24-27, jan./jun.

ALCOFORADO, F. C. G. (2005). "Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais". In: *Anais do X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santiago, Chile.

ARRETCHE, M. (1996). "Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas?". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 31, n. 11, p. 44-66.

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

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. (2010). "As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2483-2495.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). (1995). *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Câmara da Reforma do Estado.

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

BRASIL. (1993). *Lei nº 8.666*, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 22 de jun. de 1993, p. 8269.

BRASIL. (1998). *Lei nº 9.637*, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 18 de mai. de 1998, p. 8.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; ELIAS, P. E. (2006). "Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal". *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 5, p. 914-920.

COSTA E SILVA, V.; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. (2016). "Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1365-1376.

GIANTURCO, A. (2018). *A ciência da política uma introdução*. (2. Ed.). Rio de Janeiro: Forense.

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

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

IBANEZ, N.; BITTAR, O. J. N. V.; SÁ, E. N. de C.; YAMAMOTO, E. K.; ALMEIDA, M. F. de; CASTRO, C. G. J. de. (2001). "Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo". *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo, v. 6, n. 2, p. 391-404.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (IBROSS). Disponível em: <<https://www.ibross.org.br/confira-as-leis-de-estados-e-municipios-que-regulamentam-as-oss/>>. Acesso em: 31 mai. 2019.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. (1976). "Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure". *Journal of Financial Economics*, v. 3, jul., p. 305-360.

LAMBERT, R. A. (2001). "Contracting theory and accounting". *Journal of Accounting and Economics*, v. 32, p. 3-87.

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

283

OLIVEIRA, A. G. de.; PISA, B. J. (2015). "IGovP: índice de avaliação da governança pública – instrumento de planejamento do Estado e de controle social pelo cidadão". *Revista de Administração Pública*, v. 49, n. 5, set./out., p. 1263-1290.

PACHECO, R. S. (2004). "Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional". In: *Anais IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Madrid, Espanha.

PEREIRA, R. N. (2014). *Governança corporativa no modelo da organização social de saúde do estado de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Administração) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

RAMOS, S. S.; VIEIRA, K. M. (2015). "Matriz LIMPE: proposta de ferramenta gerencial para mensuração da governança pública municipal". *Tecnologias de Administração e Contabilidade*, v. 5, n. 1, jan./jun., 30-53.

RAUPP, F. M. (2016). "Realidade da transparência passiva em prefeituras dos maiores municípios brasileiros". *Revista Contemporânea de Contabilidade*, v. 13, n. 30, p. 34-52.

ROSSONI, L.; MACHADO-DA-SILVA, C. L. (2010). "Institucionalismo organizacional e práticas de governança corporativa". *Revista de Administração Contemporânea*, edição especial, p. 173-198.

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

SÃO PAULO. (1998). *Lei Complementar nº 846*, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, SP, 05 jun. de 1998, Seção I, p. 1.

SÃO PAULO. (2014). *Lei Complementar nº 1.243*, de 30 de maio de 2014. Altera a Lei Complementar nº 846, de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, SP, 31 mai. de 2014, Seção I, p. 1.

Recebido em 6 de setembro de 2019
Aprovado em 14 de janeiro de 2020
<https://doi.org/10.31990/agenda.2020.1.9>

Management contracts as public governance instrument: an exploratory study

Abstract: This article aims to describe and characterize the management contracts between the state of Sao Paulo and the Social Health Organizations for the management of high complexity hospital units of the public care network, as an instrument of public governance. This exploratory study of qualitative assessment used documentary research and descriptive analysis. The sample consisted in the management contracts and additive terms for the management of highly complex state hospitals in the period between 2009 and 2017 signed by the State of São Paulo and three Social Health Organizations (OSS): the Paulista Association for the Development of Medicine, ABC Foundation and Sao Paulo State Civil Construction Social Service. The state of São Paulo qualifies as a suitable place for the study because it is the pioneer in the application of the management model of the public health service, implemented for over 20 years. The results showed alterations in the contract's content over time with the addition of indicators used to control the production and quality goals, guidelines for the development of a more human perspective for service delivery and medical services. The characterization as an instrument of public governance occurs by the fact that the contracts allow accountability and express the active openness, which are principles of governance itself.

Keywords: Public Governance; Openness; Accountability; Social Health Organizations; State of Sao Paulo.

Contratos de gestión como instrumentos de gobernanza pública: un estudio exploratorio

Resumen: Este artículo tiene como objetivo describir y caracterizar los contratos de gestión firmados entre el estado de São Paulo y las Organizaciones Sociales de Salud (OSS), para la gestión de unidades hospitalarias de alta complejidad de la red de servicios públicos, como instrumentos de gobernanza pública. Para estos fines, se optó por realizar un estudio exploratorio de evaluación cualitativa, utilizando investigación documental y análisis descriptivo. La muestra elegida fue compuesta de contratos de gestión y términos aditivos firmados entre el Estado de São Paulo y tres Organizaciones Sociales de Salud, a saber: Asociación de São Paulo para el Desarrollo de la Medicina (SPDM), Fundación ABC y Servicio Social de Construcción Civil del Estado de São Paulo (SECONCI), para la gestión de hospitales estatales de alta complejidad en el período comprendido entre 2009 y 2017. La amplia experiencia del estado de São Paulo lo califica como locus adecuado para el estudio, teniendo en cuenta su nivel de pionerismo en la adopción de este modelo de gestión del servicio de salud pública, implementado hace más de 20 años. Los resultados han mostrado que el contenido de los contratos ha cambiado con el tiempo, con la adición de indicadores para controlar las metas de producción y calidad, directrices para el desarrollo de una perspectiva más humana para la prestación de servicios y un aumento de la cantidad de atenciones contratadas. La caracterización como instrumento de gobernanza pública se debe al hecho de que tales contratos permiten la accountability (responsabilidad en el rendimiento de cuentas) y expresan la transparencia activa, que son principios de la gobernanza misma.

Palabras Clave: Gobernanza Pública; Transparencia; *Accountability*; Organizaciones Sociales de Salud; Estado de São Paulo.