

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC – SP

Maria Antonia Moreira Lellis

As Organizações Sociais de Saúde  
gerenciando os hospitais de Secretaria de Estado  
de Saúde de São Paulo:  
os efeitos da *accountability* pública

MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

SÃO PAULO

2009

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC – SP

Maria Antonia Moreira Lellis

As Organizações Sociais de Saúde  
gerenciando os hospitais de Secretaria de Estado  
de Saúde de São Paulo:  
os efeitos da *accountability* pública

MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Dissertação apresentada à banca examinadora  
como exigência parcial para obtenção do título de  
Mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade  
Católica de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr.  
Edison Nunes

SÃO PAULO

2009

Banca Examinadora

---

---

---

---

## Resumo

Pesquisar a relação gerencial e administrativa entre as Organizações Sociais e a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, via contrato de gestão e demais controles e indicadores e o comprometimento dos *stakeholders/accountability* pública e o cidadão usuário de saúde . A criação das Organizações Sociais para prestar serviços à Saúde , através de programas de “publicização” ocorrida na reforma do Estado 1995/1998, gera polêmicas e indagações sobre a qualidade e custo dessa prestação de serviços de entidades não governamentais. Como o processo tem cerca de 10 anos, é necessários acompanhamentos. Duas hipóteses alimentam esta pesquisa:

1. Se no sistema de *accountability* horizontal os atores e/ou órgãos públicos comprometem-se em apontar e/ou responder às questões e dúvidas relevantes.
2. Se no sistema de *accountability* vertical os cidadãos estão estimulados a participar.

Aspectos teóricos metodológicos: pesquisa operada em relatórios das OSS e SES e com funcionários da SES. Os resultados obtidos no controle interno entre as partes OSS e SES são realizados, ainda assim não se afirma que exista permanente comunicação entre os atores e com a sociedade.

Palavras-chave: democracia, poliarquia, reforma do Estado, organizações sociais, *accountability*.

## Abstract

Search the managerial and administrative relationship between social organizations and the Secretaria of State of Health of São Paulo, through contract management and other controls and indicators and the involvement of stakeholders / public accountability and user of public health, through. The creation of social organizations.

To provide services to health , through programs of advertising occurred in the reform of State 1995/1998, generates controversy and questions about the quality and cost Service provision of non-governmental entities. As the process has only 10 years , its is necessary accompaniments. Two hypotheses feed this search:

1. If the system of horizontal accountability actors and /or public bodies undertake to point out and / or respond to questions and concerns relevant.
2. If in the vertical accountability of the public are encouraged to participate.

Theoretical methodology: research operated in report of OSS and SES and the SES officials. The results obtained in the internal control between the parties OSS and SES are made, but, still, perhaps there isn't a permanent communication between the actors and the society.

Keywords: democracy, Poliarquia, state reform, social organizations, accountability.

## Agradecimentos

A todos que indistintamente contribuíram para execução deste trabalho.

Ao meu orientador, o meu mestre e amigo, Prof. Dr. Edison Nunes, que soube levar com maestria este intento.

Aos meus mestres, à coordenação do curso.

Ao meu amigo Wagner Ferreira, que me encaminhou para área das Ciências Sociais.

Às minhas filhas, com palavras de incentivos e dando toques importantes, em particular a Camilla e a Renata, de longe, mas com seu otimismo.

Aos “Marcos Antônio”, pai das minhas filhas e ao meu genro, agradeço-lhes a presença e a colaboração.

## Sumário

SUMÁRIO	1
INTRODUÇÃO	3
<b>CAPITULO 1 PROCESSO ACCOUNTABILITY</b>	<b>9</b>
1.1 O PROCESSO DEMOCRÁTICO E ACCOUNTABILITY	9/12
1.2 ACCOUNTABILITY/RESPONSABILIZAÇÃO/STAKEHOLDERS	12/19
<b>A REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS</b>	<b>20</b>
1.3 Reforma geral do Estado: breve histórico	20
Reforma neoliberal ou necessidade	22
Por que reformar o Estado	23
1.4 Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado	25
1.5 Governança e Governabilidade	26
1.6 Nova Gestão Pública (NGP)	28
1.7 Reforma administrativa	31
1.8 Reforma Gerencial	33
1.9 Controle Social	35
1.10 Organizações Sociais	38/43
<b>A ESTRUTURA E A ORGANIZAÇÃO DAS PARCERIAS</b>	<b>44</b>
1.11 Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo	44/57
1.11.1 Contrato de Gestão	52/57
1.11.2 Coordenadoria de Gestão de Contratos dos Serviços de Saúde	57/61
<b>Atos de Gestão administrativa nas OSS</b>	<b>62</b>
Da qualificação	62
Da desqualificação	63
Comissão de Avaliação	63
Grupo de Trabalho Especial	64/65
Conclusão	65/67

CAPITULO 2	AS DIMENSÕES DA <i>ACCOUNTABILITY</i>	68/71
2.1	Mecanismos de <i>accountability</i> horizontal	71
2.2	Assembléia legislativa de São Paulo	72
	Divergências políticas sobre terceirização	72/76
2.3	Tribunal de Contas do Estado de São Paulo	77
	Um dos exemplos de atuação do TCE	79
2.4	Conselho Estadual de Saúde	80/89
CAPITULO 3	MECANISMO DE <i>ACCOUNTABILITY</i>	90
3.1	Sistema vertical	90
3.2	Ouvidoria/Ombudsman	91
	Implantação do serviço de Ouvidoria na Saúde	94
	<b>PROCESSO DE INCLUSÃO CIDADÃO</b>	<b>96</b>
3.3	Associações vinculadas à Saúde	97
3.4	Projeto Cidadão (Cidadão SP)	98
3.5	Voluntariado	100
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102/104
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	105/113

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho propõe-se a refletir sobre a *accountability* e seus efeitos obtidos na parceria de gerenciamento dos hospitais da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo - SES com as Organizações Sociais de Saúde - OSS, tendo como referência a Reforma do Estado, 1995/1998. A palavra *accountability* embora seja de origem estrangeira, pode ser entendida por nós como um processo de responsabilização e exigência de prestação de contas dos órgãos públicos para com o cidadão, ou vice-versa e um controle também entre os próprios órgãos públicos compreendendo mecanismos, portanto horizontais e verticais da *accountability*. Ambos os setores: governamental (Público) e o não governamental (terceiro setor) são focados nesse trabalho. O terceiro setor compreende todas as organizações não governamentais, entre elas as auto-denominadas “Organizações Não Governamentais - ONGs”; Organizações Sociais – OSs; as Organizações Sociais de Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPS, entre outras. Abordaremos, neste estudo, esses setores, no sentido de alertar para uma necessária prestação de contas por parte deles, ao Governo e ao cidadão.

O expressivo crescimento do terceiro setor<sup>1</sup>, no Brasil, é formado, entre outras, pelas ONGS – Organizações Não Governamentais<sup>2</sup>, que prestam serviços filantrópicos e sociais. São organizações formadas por profissionais, por

---

<sup>1</sup> O terceiro setor é composto por organizações privadas sem fins lucrativos, que atuam nas lacunas deixadas pelos setores público e privado, buscando a promoção do bem-estar social e demais interesses sociais e/ou difusos.

<sup>2</sup> ONGS – São as cooperativas, as associações, fundações, institutos, instituições filantrópicas, entidades de assistência social.(Cartilha do Terceiro Setor e OSCIPS).

qualquer grupo de pessoas, podendo pertencer inclusive a organismos internacionais, ou, ainda, estão apenas a empresas privadas que incorporaram em suas políticas o conceito de responsabilização social. Podem também trabalhar com a ajuda financeira do governo. As Organizações Sociais – OSs prestam serviços administrativos e gerenciais para o Estado, em setores como os de saúde, educação, cultura e pesquisa científica, como exemplo, através de “contratos de gestão”.

Mais recentemente, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPS são formadas por grupo de pessoas ou profissionais de direito privado, e que podem executar funções de natureza pública.

Todo o terceiro setor tem ocasionado expectativas e interesses em indivíduos, empresas, órgãos públicos e sindicatos no sentido de quanto e como essas entidades podem ser benéficas para a solução dos problemas sociais. Por se tratar de organismos sem fins lucrativos, subsidiados pelo Poder Público através da imunidade e isenção fiscal e ainda por desempenhar tarefas próprias de governo, questiona-se sobre a existência de controles públicos sobre as atividades desenvolvidas pelo terceiro setor. A bem da verdade, esse setor ainda carece de transparência e ainda se questionam as publicações dos balanços sociais pela exiguidade de informações ou, ainda, pela inexistência das mesmas.<sup>3</sup>

Neste estudo, enfocaremos as Organizações Sociais – OSs, criadas pelo governo federal durante a reforma do Estado, em 9 de outubro de 1997, e ratificada pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. No âmbito do governo do Estado de São Paulo, de interesse mais específico aqui, as referidas organizações foram

---

<sup>3</sup> Artigo de José Antonio Pupim de Oliveira FGV – EBAPE – RAE – 2005.

materializadas em Organizações Sociais de Saúde – OSS, sob a n. 846/98 Lei Complementar, devido às exigências do Governo do Estado e de sua Secretaria de Saúde para a criação de restrições legais, de modo a coibir abusos; apenas os hospitais novos, “os esqueletos”<sup>4</sup> poderiam ser gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde, desde que estas já contassem com um histórico de trabalho e tivessem sido constituídas há mais de cinco anos. Somente com tais qualificações autoriza a lei a prestação de serviços nos 17 hospitais públicos iniciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, ainda no governo de Mario Covas( 1995/1998 até 2001) e após sua morte, no de Geraldo Alckmin.

Analisaremos as Organizações Sociais de Saúde por desenvolverem atividades para a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, no gerenciamento/administração de seus hospitais, considerando, previamente, as características importantes incluídas e/ou alteradas em regime especial e sua legislação própria, requerida pelo governo do Estado de São Paulo. Introduz-se nessa parceria entre governo e organizações sociais um instrumento legal, o Contrato de Gestão, segundo a Lei Estadual que instituiu as OSS.

Demonstraremos, no decorrer deste estudo, a existência de vários controles administrativos e financeiros das organizações sociais, sua efetivação e resultados. Consideraremos não só as questões fundamentais para a efetiva *accountability* das relações da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo com as Organizações Sociais de Saúde, o contrato de gestão, os demais controles, como também a atuação dos mecanismos de controles horizontais e verticais da *accountability*, o controle social, as relações administrativas, políticas e sociais do governo do Estado de São Paulo com o terceiro setor/Organizações Sociais de

---

<sup>4</sup> “Os esqueletos” – assim denominados, eram os 17 hospitais de gestões anteriores ao governo Covas, que não tiveram recursos para terminar as obras (Dr. Guedes – Secretário de Saúde, no período de 1995/1998).

Saúde – OSS.

Dentre estas, examinaremos a participação dos *stakeholders* (FREEDMAN, 1984, p. 25) <sup>5</sup> oficiais (Conselho Estadual de Saúde, Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo) – numa dimensão horizontal da *accountability* <sup>6</sup> e, na dimensão vertical, principalmente a Ouvidoria do Governo do Estado de São Paulo/Casa Civil, a Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde e a Ouvidoria do Serviço Universal da Saúde - SUS . As associações formadas por comunidades, e/ou pertencentes ou não ao Conselho Estadual de Saúde e o mecanismo de atendimento à população no Projeto Cidadão do Estado de São Paulo, Cidadão SP, bem como o “voluntariado”.

No capítulo 1, trataremos do embasamento teórico que deu origem e permitiu a presença e/ou existência das organizações sociais, como também a nova forma de gestão lastreada da Nova Gestão Pública (NGP) e a transparência ocorrida no setor governamental e a flexibilização administrativa (“publicização”). Para tanto, discorreremos sobre a “democracia ideal” que nos leva à “poliarquia”, dos seus 10 atributos importantes para a existência do Estado de Direito, da legalidade, legitimidade, dos direitos e deveres do cidadão e do governo dando substância a todo processo democrático.

Falaremos sobre o sistema da *accountability* e da sua existência possível com o desenvolvimento da democracia brasileira e da ação dos *stakeholders* do sistema.

E, para amparar toda a análise, faremos uma contextualização que

---

<sup>5</sup> *Stakeholders* é qualquer grupo ou indivíduo que pode afetar ou é afetado pela realização dos objetivos da empresa.

<sup>6</sup> *Accountability*: responsabilização, prestação de contas.

Definição a partir do significado do termo (...) “*accountability* começou a ser entendida como uma questão de democracia. Quanto mais avançado o estágio democrático, maior o interesse pela *accountability*. E a *accountability* governamental tende acompanhar o avanço de valores democráticos, tais como igualdade, dignidade humana, participação, representatividade” (CAMPOS, 1990, p. 33).

passará pela Constituição Federal de 1988, o Plano Diretor das Reformas do Governo, da Reforma Administrativa, da Reforma Gerencial, traçaremos um breve histórico das reformas no Brasil, a questão da governança e governabilidade e toda a influência positiva do conceito de Nova Gestão Pública. Com isso, demonstraremos a existência de amplo apoio legal, institucional, político, gerencial e administrativo para o aparecimento das novas formas de gestão, das OSS e dos sistemas<sup>7</sup> de controles da *accountability*.

Em se tratando da reforma gerencial, discorreremos sobre a criação das Organizações Sociais e depois das Organizações Sociais de Saúde e de seu envolvimento operacional, administrativo e político com a Secretária do Estado da Saúde de São Paulo, no período de 1995 a 1998 e depois a efetiva operação da parceria entre elas quando em 1998 foram implantadas, inicialmente, em quatro hospitais do Estado.

No capítulo 2, serão considerados os mecanismos de controles horizontais da *accountability*, com definições, conceitos e organização do sistema e resultados dos acompanhamentos das Organizações Sociais de Saúde pela Secretaria de Estado da Saúde do São Paulo e os seus órgãos controladores Assembleia Legislativa, Tribunal de Contas e Conselho Estadual de Saúde.

No capítulo 3, abordaremos os mecanismos de controles verticais da *accountability*, com definições, conceitos e organização do sistema.

Na Conclusão, falaremos do desempenho da Secretaria de Estado da Saúde, das gerenciadoras/administradoras, as Organizações Sociais de Saúde-OSS, da posição política e administrativa dos mecanismos de controles horizontais e verticais e o quanto se efetivou o sistema de *accountability*, considerando as ações

---

<sup>7</sup> Sistemas **ou redes** – “reunião ou grupo”. 1) Conjunto de elementos, materiais ou ideias, entre os quais possa encontrar ou definir uma relação. 2) Disposição das partes ou dos elementos de um todo, coordenados entre si, e que funcionam como estrutura organizada.

dos *stakeholders* do sistema. Serão relacionadas ocorrências, ações e decisões expressivas do sistema de *stakeholders*.

# CAPÍTULO 1

## PROCESSO ACCOUNTABILITY

Neste estudo, colocaremos o embasamento teórico que norteia e indica o estágio da nossa democracia fundamentado na *Poliarquia*, de Robert Dahl (2005)<sup>8</sup> e nas análises efetuadas por O'Donnell (1988, 1991, 1998) sobre o desenvolvimento da democracia na América Latina. Segundo esses autores, o processo democrático é importante para consolidar o Estado de Direito e para permitir a existência de um sistema de responsabilização chamado de *accountability*, que engloba em seu bojo uma estrutura de contestação pública, como o direito de participação do cidadão no processo de inclusão, e a obrigação do governo apresentar mais rigor e transparência em suas ações.

### 1.1 O processo democrático e a *accountability*

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a chamada de Constituição Cidadã, adotou-se no Brasil uma perspectiva de democracia representativa e participativa: representativa, quando a sociedade consegue se representar por meio de seu voto e eleger seu candidato, de emitir opinião, de votar plebiscito, de votar *impeachment*,<sup>9</sup> participativa, quando participa diretamente da implementação e controle das políticas sociais e demais eventos. A aplicação constante dessas ações denota o nosso envolvimento democrático, como explica Robert Dahl (2005), em seu livro *Poliarquia*, as duas dimensões do processo

---

<sup>8</sup> reimpressão

<sup>9</sup> *Impeachment* s. ataque, impugnação; descrédito. Denúncia e processo de um magistrado por infração dos deveres de seu cargo.

democrático, segundo as quais, possibilita-se o direito de a população a realizar **contestação pública** e o **direito de participação**. O Processo Político brasileiro preserva, assim características de um sistema democrático que é a contínua responsividade do governo às preferências de seus cidadãos considerados politicamente iguais. Dahl, afirma o direito de o cidadão deve compreender sua capacidade de:

1. Formular suas preferências;
2. Expressar suas preferências a seus concidadãos, ao governo através da ação individual e da coletividade;
3. Ter suas preferências igualmente consideradas na conduta do governo, ou seja, consideradas sem discriminação decorrente do conteúdo ou da fonte da preferência.

Confirmando o processo democratizante, a Constituição de 1988 sancionou e garantiu a universalidade dos serviços de educação básica e de saúde, a descentralização do SUS, a flexibilização e a transparência na administração, entre outros, e garantiu a presença e a participação do cidadão através do controle social no delineamento e controle das políticas sociais, através dos conselhos e conferências. Garantiu maior transparência na gestão pública através das redes de *accountabilities*.

Essa possibilidade de democracia participativa coloca o Brasil em um processo democratizante, que Robert Dahl (2005) chama de poliarquia, que se expressa em sete atributos que se traduzem no Estado de Direito do cidadão. O'Donnell acrescenta mais três atributos que ele denomina de os dez atributos definidores da poliarquia. São eles:

1. Autoridades eleitas;
2. Eleições livres e justas;
3. Sufrágio inclusivo;
4. O direito de se candidatar aos cargos eletivos;
5. Liberdade de expressão;
6. Informação alternativa;
7. Liberdade de associação;
8. Autoridades eleitas não podem ser destituídas arbitrariamente antes do fim dos mandatos definidos pela Constituição;
9. Autoridades eleitas não devem ser sujeitas a constrangimentos severos e vetos excluídos de determinados domínios políticos por outros atores não eleitos, especialmente as Forças Armadas;
10. Deve haver um território incontestado que define claramente a população votante.

Para O'Donnell (1998, p. 39) em decorrência desses dez atributos ocorre o estabelecimento do verdadeiro Estado de Direito que ele traduz como cidadão legal investido desse poder, com direitos e deveres. Segundo esse autor,

[...] recebo o direito de expressar livremente opiniões sobre os assuntos públicos, pressupõe-se que eu tenha autonomia suficiente para ter tais opiniões (mesmo que eu esteja imitando as opiniões de outros, ainda assim sou quem as adota; essa mesma autonomia me torna responsável por essas opiniões, por exemplo). Esse é um pressuposto que torna todo indivíduo uma pessoa legal, portador de direitos e obrigações formalmente iguais não só no domínio político, mas também nas obrigações contratuais, civis, criminais e tributárias, nas relações com órgãos estatais e em muitas outras esferas da vida social.

E o mecanismo para a existência dessa participação cidadã está nas redes de *accountabilities*, às quais O'Donnell (1998, p. 48) atribui um significado. Para ele,

Por sua vez, a característica específica do princípio da lei como um atributo do aspecto legal de um Estado Democrático em contraste com todos os tipos de governo autoritário é a existência de uma rede completa de *accountabilities* definidas <sup>10</sup>legalmente que impõem que ninguém seja de<sup>11</sup> *legibus solutus*.

Têm-se, portanto, as condições legais e necessárias para a participação da população em um sistema democrático, sejam diretamente ou indiretamente, através de ações comunitárias ou isoladas.

## 1.2 *Accountability*/Responsabilização

A *accountability* é o caráter de responsabilização que os organismos públicos e privados assumem quando formulam parcerias, que podem afetar a coletividade, cidadãos, meio ambiente, através de medidas políticas e ações do governo e atos e ações do setor privado. A *accountability* deve ocorrer, sempre no sentido de cobrar e/ou prestar contas de resultados ou ações, através dos

---

<sup>10</sup> LEGALIDADE – Na linguagem política, entende-se por legalidade um atributo e um requisito do poder, daí dizer-se que um poder é legal ou age legalmente ou tem o timbre da legalidade quando é exercido no âmbito ou de conformidade com leis estabelecidas ou pelo menos aceitas. Embora nem sempre se faça distinção, ao uso comum e muitas vezes até uso técnico, entre legalidade e legitimidade, costuma-se falar em legalidade quando se trata do exercício do poder e em legitimidade quando se trata de sua qualidade legal: o poder legítimo é um poder cuja titulação se encontra alicerçada juridicamente; o poder legal é um poder que está sendo exercido de conformidade com as leis. O contrario de um poder legítimo é um poder de fato; o contrario de um poder legal é um poder arbitrário. (Norberto Bobbio, Dicionário de Política, V.2, Editora UNB, p: 674).

<sup>11</sup> *Legibus solutus*, governar conforme seu próprio beneplácito, mas de não, em conformidade com leis superiores aos governantes.

demonstrativos de resultados, balanços, e/ou qualquer forma de evidência e transparência que possa indicar eventual ato delituoso ou insuficiente. Portanto, a amplitude da aplicação da *accountability* perpassa o setor público e o privado: governos, governantes, órgãos oficiais, câmaras setoriais, políticos, candidatos, eleitores, empresas, funcionários, indivíduos, e demais, dependendo da parceria estabelecida.

É claro que o sistema da *accountability* no setor privado pode parecer uma experiência mais antiga e de mais sucesso quanto aos seus efeitos e de abrangência maior e mais imediata ao seu público interessado, devido a existência de transparência exigida na publicação dos seus balanços e relatórios do conselho e da própria dinâmica do setor privado. Quanto a experiência para o setor público, esta só se efetiva com o fortalecimento da democracia e dos aparatos legais e organizacionais decorrentes da introdução de novos conceitos de gestão (governança e governabilidade). Segundo Eli Diniz<sup>12</sup>, e que passa a vigorar na Reforma do Estado de 1995/1998, considerando urgente criar condições de que o setor público possa cobrar e prestar contas de suas atividades e ações. Então, a partir das reformas pós-Constituinte (1988), realizadas na década de 1990, e mesmo com colaboração das reformas anteriores no Brasil, foi possível alcançar um estágio de desenvolvimento democrático, político e social, no qual, teoricamente, pode-se cobrar ou prestar contas de atividades e ações governamentais em geral.

Em particular, neste estudo falaremos do processo da *accountability* realizado na Organizações Sociais de Saúde-OSS e Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, considerando do Contrato de Gestão formulado entre as partes.

---

<sup>12</sup> Governabilidade, Democracia e Reforma do Estado: Os Desafios da Construção de uma Nova Ordem no Brasil dos Anos 90, Rio de Janeiro: Revista de Ciências Sociais-Dados Vol. 38, n.3 pp. 385 a 415.

Há, no entanto, suspeita de que exista um insulamento<sup>13</sup> no que tange ao mecanismo do controle horizontal da *accountability*, ou seja, as informações não são adequadamente repassadas e/ou não produzem os efeitos esperados entre os órgãos governamentais e aos mecanismos de controle vertical, isto é, o exercido pelo cidadão sobre o governo ou administrador.

O sistema *accountability*, ou seja, a prestação de contas do governo e a cobrança dos cidadãos, que é o foco de nossa pesquisa e análise, encontrando no artigo recente de Abrucio; Sano (2008, p. 14)<sup>14</sup>, o comentário sobre os controles das OSS, no Estado de São Paulo, bem como o comportamento dos órgãos públicos envolvidos, como exemplo recente de insulamento do setor público:

É bem verdade que as regras de funcionamento das OSS de São Paulo trouxeram ganhos em termos de gestão e transparência, mas o seu limite pode ser visto na capacidade de ativar os instrumentos da *accountability*, muito mais determinados pelas restrições do insulamento estatal e da hipertrofia histórica do Poder Executivo, e de modo mais específico pelo ultrapresidencialismo estadual.

Há varias definições de autores sobre o termo *accountability*, de origem anglo-saxônica, mas, em português, quer dizer responsabilização. É nesse sentido que a empregaremos no desenvolvimento deste trabalho, pressupondo-se ser mais difícil de ser entendida, assimilada ou exercida nos setores governamentais, em razão de ser menor a participação e o conhecimento da população a respeito. Ou seja, o sistema de *accountability* só se efetivará quando houver um controle mútuo entre governos e cidadãos. Já no setor privado a

---

<sup>13</sup> Insulamento – na linguagem da teoria organizacional contemporânea, o insulamento burocrático é o processo de proteção do núcleo técnico do Estado contra a interferência oriunda do público ou de outras organizações intermediárias. (NUNES, 1997, p. 34).

<sup>14</sup> Revista de Administração de Empresas

dificuldade é menor, pois os resultados econômico-financeiros, trabalhistas, ambientais tocam de perto os interessados: os acionistas, donos, investidores, empregados, clientes, fornecedores, sindicatos, associações empresariais, industriais, ou profissionais, comunidades, vizinhos, governos locais, estaduais, nacional, ONGS (**esses seriam os stakeholders**). Todo esse sistema é mais rápido e eficiente no setor privado, pela urgência do atendimento aos prazos legais das publicações, das queixas dos clientes<sup>15</sup>. Nem sempre o setor público pode contar com a prática que a administração privada apresenta nos seus vários sistemas organizacionais.<sup>16</sup>

Já o correlato dessa eficiência da fiscalização dos interessados no setor público ainda é incipiente, em processo constante de aperfeiçoamento construindo um corpo organizacional para a nova gestão pública, apresentada na Reforma do Estado, a partir de 1990, nas reformas administrativa e gerencial, mas, o maior grau de consistência será adquirida com a prática, como afirma Bresser-Pereira (2002).

A *accountability* se apresenta em vários patamares: *accountability* política, *accountability* administrativa, *accountability* de mercado, de relações de eleitorado. Neste trabalho, a ênfase será na *accountability* administrativa e política, pelas análises das práticas administrativas via relatórios, balanços, demonstrativos de resultados, procedimentos, contrato de gestão e das relações do governo com o controle social.

---

<sup>15</sup> PROCON - Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor. Órgão vinculado à Secretaria de Justiça e da Defesa da cidadania. Lei 8078/ anos 80 – Código de Defesa ao Consumidor. [www.procon.sp.gov.br](http://www.procon.sp.gov.br) Acesso: 27/03/2008.

<sup>16</sup> Pois a *accountability* para o setor privado é: “a razão de ser da contabilidade”, segundo IJIRI. Ou, ainda, de acordo com Hendriksen e Breda. “a *accountability* é o início e o fim da Contabilidade”, conforme anuncia em seu editorial Masayuki Nakagawa, em 2007.

Campos (1990, p. 30) observa que:

Nas sociedades democráticas mais modernas aceitam-se como natural e espera-se que os governos – e o serviço público – sejam responsáveis perante os cidadãos. A maioria dos estudiosos norte-americanos acredita que o fortalecimento da *accountability* e o aperfeiçoamento das práticas administrativas andam juntos.

A Reforma do Estado de 1995/1998 considera que é necessário fortalecer a democracia sendo responsiva aos direitos do cidadão para existência legal dos mecanismos da *accountability*, mas também os instrumentos de gestões administrativa e gerencial estejam estabelecidos, em cuja ausência, não há como cobrar o desempenho. Tais processos requerem mecanismos estabelecidos e sistemáticas de controle, leis, procedimentos e transparência. E esse sistema só se efetiva com a participação do controle social, do cidadão pleno fazendo valer os seus direitos democráticos; de um cidadão livre com seus deveres e direitos.

Portanto, a autora reforça que a democracia insere o cidadão legal na sociedade, com plenos deveres de participar e representar, e que, com tais atos, emerge a dignidade e igualdade pretendidas por todos transformando a sociedade mais justa e um governo empenhado no atendimento as demandas legítimas da cidadania.

Com o processo de *accountability* internalizado em nossos costumes pode-se instaurar um círculo virtuoso entre os cidadãos e governo, na prática das políticas sociais, nos controles sociais e na maturidade democrática. Conforme entendimento de Campos, (1999, p. 30).

*Accountability* começou a ser entendido como uma questão de democracia. Quanto mais avançado o estágio democrático, maior o interesse pela *accountability*. E a *accountability* governamental tende a acompanhar o avanço de valores democráticos, tais como igualdade, dignidade humana, participação, representatividade.

Por outro lado O' Donnell (1998) amplia o conceito da *accountability* distinguindo em que tipo de ambiente institucional, legal e político poderá ocorrer a prática da *accountability*:

[...] existe um sistema legal e que ele próprio é democrático em três sentidos. Primeiro, o de que ele preserva as liberdades e garantias políticas da poliarquia. Segundo, o de que ele preserva os direitos civis de toda a população. E terceiro, no sentido de que estabelece redes de responsabilidade e *accountability* que impõem que todos os agentes, privados e públicos, inclusive funcionários dos escalões mais altos do regime, estão sujeitos a controles apropriados legalmente estabelecidos da ilegalidade de seus atos.

No entanto, para que a legislação saia do formal para a sua efetivação no Brasil e na América Latina, é importante buscar constância nas ações políticas estabelecidas, pois, novamente de acordo com Campos (1990, p. 35), é necessário que o cidadão tenha maturidade democrática, com comportamentos anti-clientelistas, como cidadão conhecedor de seus deveres e direitos. Por outro lado, também é necessário que o Estado estimule tal o comportamento, não fazendo uso patrimonialista do poder, determinando uma relação de causa e efeito saudável entre o governo e o cidadão.

O exercício da *accountability* é determinado pela qualidade das relações entre governo e cidadão, entre a burocracia e clientelas. O comportamento (responsável ou não responsável) dos serviços públicos é consequência das atitudes e comportamento das próprias clientelas.

Somente a partir da organização de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condições para a *accountability*. Não haverá tal condição enquanto o povo se definir como tutelado e o Estado como tutor.

Campos (1990, p. 35) compara as duas culturas políticas e democráticas responsáveis pelo desenvolvimento da *accountability*: a americana e a brasileira, é basicamente, uma questão de maior desenvolvimento político que

inspire os cidadãos e os governos serem mais organizados e mais efetivos na cobrança dos direitos e deveres de todos.

Assim, o alto grau de preocupação com *accountability* na democracia americana e a virtual ausência de conceito no Brasil estão relacionados ao elo entre *accountability* e cidadania organizada; explica-se pela diferença no estágio de desenvolvimento político dos dois países.

Ela indica uma possibilidade para que haja no Brasil uma *accountability* mais efetiva: maior organização social e cidadãos mais esclarecidos e informados. Para essa autora (1990, p. 35), “uma sociedade precisa atingir um certo nível de organização de seus interesses públicos, antes de torna-se capaz de exercer controle sobre o Estado”.

De longe, entende-se que a sociedade brasileira prescinde de valores e conhecimentos importantes capazes de estabelecer a cidadania de indivíduo para indivíduo e em conjunto. Tratar-se-ia de uma sociedade com precária maturidade cívica o que a faz desconhecer a força política que as associações, conselhos e representatividade nas eleições pode realizar, no sentido de maximizar o desempenho do governo através dos dispositivos constitucionalmente estabelecidos.

## *STAKEHOLDERS*

A partir do que foi enunciado acima uma figura de ação emerge no setor público e privado é a figura dos stakeholders responsáveis para cobrar desempenhos, ações, éticas, políticas sociais e resultados, figuram como os guerreiros do sistema de *accountability* horizontal e vertical que serão definidos mais adiante. Eles podem ser entidades governamentais, conselhos, associações ou

cidadãos. No setor privado, entende-se que os “*stakeholders* devem reivindicar uma conduta adequada ao paradigma da responsabilização social” e vice-versa, na chamada teoria dos *stakeholders* (FREEMAN, 1998)

As ações dos stakeholders serão anunciadas como exemplo no trabalho em referencia como uma conduta positiva e pertinente desses autores independente dos resultados dessas mesmas ações e seu encaminhamento. O importante é movimentar o sistema de modo poder avaliar a qualidade do envolvimento e responsabilidade de cada um.

## **OS CONCEITOS** - A Reforma do Estado Brasileiro e as Organizações Sociais de Saúde.

Nesta parte enfatizamos, em breve histórico, as reformas de Estado ocorridas no Brasil, desde Getúlio Vargas até a reforma do Estado de 1995/98.

Após histórico, traz-se para o texto o Plano Diretor das Reformas do Aparelho do Estado, colocando-o na linha de planejamento estratégico, tático e operacional com as premissas utilizadas pelo governo para a consecução da reforma do Estado. Após, trata-se da adoção das práticas de governança e governabilidade, Nova Gestão Pública e as reformas administrativa e gerencial percorrem um caminho que leva à implantação das Organizações Sociais de Saúde.

### **1.3 Reforma geral do Estado: breve histórico.**

Varias reformas foram realizadas nos governos anteriores, desde **Getúlio Vargas**, aos dias presentes, com a reforma do Estado de 1995/98, realizada no governo de Fernando Henrique Cardoso e implantada, pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE: todas elas buscaram à melhora do sistema político brasileiro. Sobre o governo Vargas, assim se expressam Avelar e Cintra, Sistema Político Brasileiro (2007, p: 27 ; 131)

Getúlio Vargas montou o seu projeto desenvolvimentista a partir de uma idéia de Estado forte, centralizador e empreendedor, capaz de patrocinar a industrialização acelerada ao mesmo tempo em que, no plano social, controlava as demandas do operariado industrial e emergente. Dois expedientes regulatórios foram usados com este último intuito: de um lado, aperfeiçoou-se progressivamente a legislação trabalhista por meio de atos de cúpula, baseados na legislação social e trabalhista dos países capitalistas ocidentais; de outro lado, regulou-se à minúcia os associacionismos operário e capitalista, tornando-os fortemente

dependentes da burocracia estatal. Tudo isto emoldurado pela ideologia da paz social, isto é, do imperativo da convivência pacífica entre o capital e trabalho como base do desenvolvimento.

Esse é o perfil histórico da reforma do Estado que se começou a desenhar em 1936. A primeira reforma, a **reforma burocrática**, chamada também de Reforma do Serviço Público. A segunda reforma de 1967, foi a **reforma desenvolvimentista**, segundo a qual a administração devia ser treinada para o desenvolvimento. Na verdade, esta reforma foi interrompida e anulada pelo retrocesso burocrático de 1988. E como resultado desse retrocesso houve um aumento de custeio da máquina administrativa em pessoal, bens e serviços devido a reafirmação dos ideais da administração pública burocrática clássica; ingerência patrimonialista no processo, a instituição de vários privilégios, inclusive de natureza clientelar e corporativista. Em 1995, inicia-se a reforma gerencial, do governo de Fernando Henrique Cardoso.

Depreende-se pela cronologia das reformas e dos respectivos objetivos propostos que todas elas foram importantes para a sedimentação da administração pública e, na necessidade do seu andamento premente, revela, ainda, que o Brasil tem vocação para se reformar. Apesar de todos os esforços, as reformas seguiram com avanços e retrocessos, o que não tira o seu valor, mas acrescenta o empenho de cada governo reformista. É claro que a permanência de um Estado democrático era condição para a reforma administrativa e gerencial (1995/1998) na redução dos processos de exclusão via aumento da participação e da contestação pública.

## Reforma neoliberal ou a necessidade de reformar?

A grande questão estabelecida neste tema é precisamente saber se a reforma do Estado implica redução do Estado, levando-o ao Estado mínimo ou a reforma do Estado contempla a sua redução, levando-o a outro mais dinâmico, controlado, organizado, destinado a fazer suas políticas públicas essenciais: saúde, educação, políticas sociais, tecnologia e ciência. A seguir as considerações de Bresser Pereira (2002, p. 33, 34, 35):

Na verdade, quando propus reforma para o Brasil, não pensei em um Estado mínimo, mas na necessária reconstrução do Estado. Se o Estado esta em crise, a solução não era reduzir seu papel mas recuperar sua capacidade reguladora e implementadora de políticas. Reformar o Estado, reformar a administração pública, abrir a economia, privatizar, fazer reforma tributária, da previdência para quê? Qual era o objetivo? Simplesmente dar mais espaço ao mercado reduzindo o Estado, ou dar mais espaço ao mercado e reconstruir o Estado? A segunda alternativa sempre foi meu entendimento da lógica das reformas. [...] Meu objetivo, com a reforma da Gestão Pública de 1995, foi reconstruir o Estado e fortalecer o serviço público, adaptando-os ao mundo do capitalismo global e da democracia em que vivemos. [...] O desafio é repensar o Brasil e fazer com que o Brasil retome o desenvolvimento e complete a sua revolução nacional. Este é o desafio fundamental que temos pela frente.

Um Estado enxuto, sem a prevalência da produção, organizado para a política e para o mercado, sem **intervencionismo** exagerado, mas buscando encontrar seu ponto de equilíbrio na atuação **legítima** de um Estado **democrático** era esse o objetivo de Bresser Pereira. E a sua tarefa enquanto Estado é buscar alternativas saudáveis para o público e o privado, para que o privado possa exercer atividades importantes para o Estado na gestão e o controle da coisa pública – o chamado **terceiro setor**.

Para efetivação dessa política centralizada no mercado, foram criadas as **câmaras setoriais** que controlam os **setores essenciais** para a comodidade do cidadão: energia, comunicação e demais.

Para controlar e obter resultados satisfatórios da gestão transferida do público para o privado –, a reforma do Estado, além de contemplar reduções necessárias, ou seja, as **privatizações** das empresas que, por suas inclinações para o mercado, eram vocacionadas para serem privadamente geridas empresas tem também o condão de melhorar a eficiência do serviço público com a contratação de novos contingentes de profissionais mais categorizados para a boa realização de suas finalidades precípuas.

Os resultados esperados são : a redução de custo e a melhora na prestação dos serviços à população. Nesse sentido, houve um avanço na qualidade dos serviços prestados à população, maior transparência de dados e controle do povo sobre os serviços ofertados, fortalecendo a **cidadania**.

Consideraram-se ajustes nas contas do governo visando à melhor performance: dívida pública (interna e externa), poupança pública, déficit público, superávit primário, ajuste fiscal e balanço de pagamentos.

### **Por que reformar o Estado?**

Historicamente o Brasil apresentava taxas inflacionárias ascendentes e altas taxas de juros e com todos os índices econômicos apresentando um quadro de **hiperinflação**, que seria catastrófica para o país, basta lembrar a época de **1980 a 1994**.

Vários planos de redução inflacionária foram implementados à época de Sarney, Collor e, por último, Itamar Franco, que auxiliado por seu ministro FHC, implantou o real, alcançando a estabilização monetária que vigora até hoje. Com a moeda estabilizada, ocorreu mais transparência no comportamento das receitas e despesas do governo e no crescimento delas. Assim, buscava-se a redução das despesas e o aumento das receitas da União. A reforma do Estado procurou obter o equilíbrio nas contas do governo. Essa forma positiva de falar sobre essa reforma tem na análise de Fernando Luiz Abrucio, em , algumas referências importantes. Abrucio (2007, p. 2):

Um balanço sobre o processo de reforma nos últimos 20 anos revela uma dupla realidade. Por um lado, houve avanços e inovações, alguns deixando raízes mais profundas de modernização. Mas, por outro, constata-se que os resultados foram desiguais e fragmentados para o conjunto do Estado, afora alguns problemas não terem sido devidamente atacados. [...] Bresser foi o primeiro em perceber que administração pública mundial passava por grandes mudanças, também necessárias no Brasil, mas nem sempre ele soube traduzir politicamente tais transformações para as peculiaridades brasileiras. Este diagnóstico foi exposto de forma clara e profunda no livro Reforma do Estado para Cidadania (1998).

Seguindo a análise desse autor deve-se mencionar três itens da reforma do Estado que se apresentam como evidência da sua efetivação neste projeto de dissertação de mestrado e são importantes itens de apoio às análises realizadas sobre as reformas do Estado. Para Abrucio (2007, p. 4 e 6),

Houve uma grande reorganização administrativa do Governo Federal, com destaque para a melhoria substancial das informações da administração pública – antes desorganizadas ou inexistentes;  
...Ademais, a Reforma Bresser elaborou um novo modelo de gestão que propunha uma engenharia institucional capaz de estabelecer um espaço público não estatal. As Organizações Sociais (OSs) e as organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips) são herdeiras desse movimento.

Abrucio continua:

Talvez a ação reformista mais significativa na gestão pública tenha sido o governo eletrônico. Impulsionado pela experiência do Governo Estadual de São Paulo, ele se espalhou por outros Estados, Capital de Governo Federal. Sua disseminação é impressionante. Seus resultados são excelentes em termos de organização das informações. Mais importante ainda, a tecnologia da informação tem levado à redução dos custos, bem como o aumento da transparência nas compras governamentais, reduzindo o potencial de corrupção. O ponto em que houve menos avanço do governo eletrônico é exatamente na maior interatividade com os cidadãos, em prol a maior *accountability*.

#### 1.4 Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

Segundo a visão do ministro Bresser Pereira, o sistema administrativo brasileiro, nascido na Constituição Federal de 1988, tinha realçado os piores elementos do modelo burocrático, como reforço da lógica dos procedimentos, a uniformização e o “engessamento” da estrutura dos órgãos públicos e da política de pessoal, somados ao baixo controle público da burocracia. Para mudar essa situação, seria necessário de um lado flexibilizar a gestão pública e, de outro, tornar o corpo burocrático mais *accountable* em relação aos cidadãos. De acordo com Abrucio (2007, p. 71),

O Plano Diretor era instrumento aglutinador dessa proposta. Ao contrário do que diziam os críticos da época, sua concepção não defendia o Estado mínimo e tampouco propunha a destruição da “burocracia weberiana” definida como a estrutura profissional e meritocrática que deve prevalecer no funcionalismo. Além do caráter extremamente ideologizado do debate daquela época, essa confusão foi causada pela defesa da então chamada administração pública gerencial como uma nova etapa na história do aparelho estatal. É possível afirmar que o projeto do ministro Bresser Pereira teve como principal legado [...] a continuação e aperfeiçoamento da *civil service reform*, por mais que o discurso do Plano Diretor da Reforma do Estado se baseasse numa visão (erroneamente) etapista – com a reforma gerencial vindo depois da burocrática.

Na opinião de Bresser Pereira (1998, p. 206):

No plano proposto pelo Mare, o principal ponto de convergência com a NGP está no desenho institucional. Nessa concepção, o Estado atuaria como regulador e promotor dos serviços públicos e buscaria preferencialmente, a “descentralização, a desburocratização e o aumento da autonomia de gestão.

Para alcançar esse objetivo, o aparelho estatal deveria fortalecer o corpo burocrático ao mesmo tempo em que se criaria um modelo de gestão orientado por resultados e baseado na contratualização, seja com os órgãos internos ao aparelho estatal, seja com entes públicos não estatais, por meio daquilo que foi denominado “ contrato de gestão”.

### **1.5 Governança e governabilidade**

Governança e governabilidade no setor publico acontecem somente em ambiente democrático, quando existem representatividade, inclusividade,e participação do cidadão. No poder público a governança será alcançada quando o governo puder atender as demandas de seus cidadãos A governabilidade é alcançada quando os eleitores elegem seus governos dando-lhes legitimidade. Para Clad, 2003, p. 17)<sup>17</sup>,

As questões de governança, no âmbito da administração pública, têm estado associadas principalmente à esfera macro, incluindo a gestão das políticas governamentais, o exercício de poder e o controle na sua aplicação. Seu significado, contudo, vem ultrapassando a dimensão operacional para incorporar aspectos da articulação dos mais diversos atores sociais e arranjos institucionais.

Duas abordagens teóricas devem ser analisadas com maior profundidade,

---

<sup>17</sup> CLAD – Conselho Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento

as teorias da agência, e institucional, no contexto da governança organizacional. A teórica da agência foca os contratos entre os proprietários ou *stakeholders* (principal) e os gestores (agente), e considera sistemas de controle externo e interno à organização como balizadores da ação gerencial. Mecanismos de reforço como monitoramento, fiscalização e incentivos exercitados pelo principal para assegurar sua vontade.

Aplicações dessa teoria são encontradas no âmbito público em inspetorias e empresas estatais do setor produtivo, ou de forma ampliada nos contratos de gestão.

Governança se expressa nas instituições através de um conjunto de processos, procedimentos, políticas, leis, regulamentações e ainda na submissão à outras instituições na regulação e controle de sua direção. As oito principais características que norteiam a governança são:

1. Participação
2. Estado de Direito
3. Transparência
4. Responsabilidade
5. Orientação por consenso
6. Igualdade e inclusividade
7. Efetividade e eficiência
8. *Accountability*

Todo aparato administrativo, organizacional, gerencial busca resultados melhores para governança de modo que possa assegurar que a corrupção seja minimizada e as necessidades da população, principalmente, das minorias sejam consideradas.

No sistema de *accountability* previsto em uma boa governança a participação deve contemplar a possibilidade de participação direta ou indireta de

outras instituições congêneres ou de representantes legítimos. A participação implica, pois, a existência de liberdade de expressão e liberdade de associação, por um lado, e uma sociedade civil organizada, por outro.

A governança requer uma estrutura legal justa que se aplica a todos os cidadãos do Estado independentemente de sua riqueza financeira, de seu poder político, de sua classe social, de sua profissão, de sua raça e de seu sexo, que são aspectos fundamentais do Estado de direito democrático.

### **1.6 Nova Gestão Pública (NGP)**

A Nova Gestão Pública (NGP) iniciou-se na Inglaterra e veio para o Brasil no governo de Fernando Henrique Cardoso e tornou-se um paradigma da Reforma do Estado, incorporando todo o seu conceito na proposta do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Era necessária uma reforma estrutural no aparelho do Estado. A economia se abria através da globalização, os novos mercados acenavam para a nossa economia, portanto era necessário dotar o Brasil de uma nova filosofia de gestão, de uma sociedade empresarial e pública responsável, de um cidadão comprometido com seus direitos e deveres, uma sociedade mais justa.

Sano e Abrucio, Revista de Administração de Empresas (2008, p. 3) assim se expressam sobre a NPG:

As idéias da NGP chegaram ao Brasil no primeiro governo Henrique Cardoso, e, 1995, quando foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), sob o comando do Ministro Bresser-Pereira e proposto o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, que apresentou um diagnóstico da administração pública federal pautado, em boa medida, pelas idéias de NGP.

Tenório e Ribeiro (2000, p. 6); Galvão (1997, p. 25) consideram os benefícios da descentralização administrativa da Constituição Federal de 1998, que permite maior participação das unidades subnacionais e dos cidadãos.

A Constituição de 1988, embora para alguns autores represente um retrocesso do ponto de vista administrativo, tornou mais profissional a administração e também promoveu a descentralização dos serviços sociais para as esferas subnacionais, aumentando a responsabilidade de Estados e municípios na execução de atividades antes conduzidas diretamente pela União. Esta mesma Constituição confere um novo status para o cidadão que de papel coadjuvante, passa a exercer a de sujeito no processo de decisão pela busca de soluções para os problemas coletivos.

O modelo da Nova Gestão Pública (NGP) espalhou-se pelo mundo com a promessa de atacar dois males burocráticos: o excesso de procedimentos e a baixa responsabilização dos burocratas frente ao sistema político e a sociedade. A proposta básica foi flexibilizar a administração pública e aumentar a *accountability* como uma nova forma de provisão dos serviços, baseada na criação de entidades públicas não estatais como as Organizações Sociais. No Brasil, a experiência reformista se inicia em 1995 com as ideias do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Para Abrucio e Sano (2008, v, 48, p. 3),

No campo da saúde, o caso de São Paulo constitui um caso paradigmático para avaliar a implantação da NGP no Brasil. A promessa de maior *accountability* avançou, mas ainda não alterou o insulamento do Poder Executivo e a baixa capacidade de controle institucional e social sobre ele.

Ideias e reformas ancoradas na chamada Nova Gestão Pública (NGP) proliferaram nos últimos 20 anos, alimentando processos de mudança em diversos países (POLLITT e BOUCKAERT, 2002), a fim de atacar dois males burocráticos e a ineficiência relacionada ao excesso de procedimentos e controles

processuais, e a baixa responsabilização dos burocratas frente ao sistema político e à sociedade. O texto do Conselho Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento - CLAD, realizado em 2000, afirma que: “para alcançar esses objetivos, sua proposta básica foi flexibilizar a administração pública e aumentar a *accountability* ou responsabilização governamental.

É possível resumir a preocupação central da Nova Gestão Pública como a combinação entre a flexibilização da gestão e o aumento da responsabilização da administração pública. A implementação dessa proposta, contudo, depende da peculiaridade dos países, principalmente no que se refere ao legado estatal e à dinâmica política, como realçam os principais estudos comparativos de Flyn e Strehl (1996) e Pollitt; Bouchaert (2000), apud Abrucio/Sano, (2008,p. 3) A singularidade do caso brasileiro, e mais especificamente da experiência paulista, realçam esse aspecto.

Para concretizar os objetivos da NGP, três mecanismos são essenciais, declaram Abrucio e Sano, conforme citação a seguir:

- a) A adoção de uma administração pública voltada para resultados, baseada em mecanismos de contratualidade de gestão, com metas, indicadores e formas de cobrar os gestores, e apoiada na transparência das ações governamentais, possibilitando o controle maior dos cidadãos e o uso de outros instrumentos de *accountability*.
- b) A contratualidade supõe, ademais, a existência de uma pluralidade de provedores de serviços públicos – aquilo que Bradach e Eccles (1989) chamam de um modo plural de governança (plural mode of governance). Desse modo, é possível estabelecer formas contratuais de gestão em estruturas estatais e entes públicos não estatais.
- c) Por fim, a combinação entre a flexibilização da gestão burocrática e o aumento da responsabilização da administração pública será mais bem-sucedida caso funcionem adequadamente os mecanismos institucionais de controle (CLAD, 2000 apud ABRUCIO e SANO, 2008, p. 3).

## 1.7 Reforma administrativa

A reforma administrativa foi assim chamada por se tratar de Reforma Constitucional, a partir de várias emendas propostas para mudanças na Constituição Federal de 1988.

A reforma administrativa também entendida como a reforma do aparelho do Estado tem um escopo mais restrito: está orientada para tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania. O Plano Diretor (BRASIL, 1995) focaliza sua atenção na administração pública federal, mas muitas das suas diretrizes e propostas podem também ser aplicadas no nível estadual e municipal.

Entende-se por aparelho do Estado 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). O aparelho do Estado é constituído pelo governo, isto é, pela cúpula dirigente dos três poderes, por um corpo de funcionários, pelas Forças Armadas.

A reorganização da estrutura administrativa e organizacional do Estado deu substância e agilidade às ações do governo, com incremento nas carreiras dos profissionais públicos e na capacitação; alteração nos vários sistemas de informação de modo a adequá-los à nova realidade globalizante. Ademais, fez alterações importantes na Saúde e Educação, descentralizando-as, com repasses de recursos para as unidades subnacionais (Estados e municípios). A descentralização obedeceu a critérios não observados nas reformas anteriores, o

que tornou a reforma administrativa atual uma reforma perene e de qualificação importante para os Estados e municípios, cabendo a cada um a responsabilidade de implantar as políticas sociais do governo.

Abrucio (2007, p. 71) considera que com a reforma do Estado,

Houve uma grande reorganização administrativa do Governo Federal, com destaque para a melhoria substancial das informações da administração pública – antes desorganizadas ou inexistentes- e o fortalecimento das carreiras de Estado. Um número importante de concurso foi realizado e capacitação feita pela Enap, revitalizada.

Em suma, o ideal meritocrática contido no chamado modelo weberiano não foi abandonado pelo MARE, ao contrário, foi aperfeiçoado.

Foram realizadas duas reformas administrativas anteriores: a reforma gerencial, de 1995/98, a reforma burocrática, em 1936, chamada a Reforma do Serviço Público: foram implantados um serviço público profissional e os princípios da administração pública burocrática. A reforma desenvolvimentista, a partir do Decreto-Lei nº 200, de 1967, em que se “procurou substituir a administração pública burocrática por uma administração para o desenvolvimento”, estabelece: cinco “princípios fundamentais da reforma”: planejamento, descentralização, delegação de competência, coordenação e controle (orientação direta do presidente Castelo Branco e, no mesmo momento, foi emitido o Decreto-Lei nº 199, que estabelecia a Lei Orgânica do Tribunal de Contas, ou seja, estabelecia as bases para o controle burocrático externo. Bresser Pereira,( 2002, p. 163). Nessa época, entre 1995 e 1998, ocorreu maior autonomia na administração dos órgãos públicos.

## 1.8 Reforma gerencial

A Administração Pública Gerencial emerge na segunda metade do século XX, como resposta, de um lado, à expansão das funções econômicas e sociais do Estado, e, de outro, ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial, uma vez que ambos deixaram à mostra os problemas associados à adoção do modelo anterior. A eficiência da administração pública – a necessidade de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário – torna-se então essencial. A reforma do aparelho do Estado passa a ser orientada predominantemente pelos valores da eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações.

A reforma gerencial expandiu o alcance das reformas quando incorporou a gestão nas atividades públicas, fundamentada na constatação de que a administração burocrática não suportava o peso da complexidade crescente das atividades dotando a administração gerencial de maior autonomia, flexibilidade, maior capacidade de lidar com novas situações e compromisso com os resultados. Assim se refere Bresser Pereira, (2002, p. 151) sobre a reforma gerencial em tempo de globalização:

A reforma gerencial ocorre hoje nos quadros do regime democrático. Se a globalização obriga as administrações públicas dos estados nacionais a serem modernas e eficientes, a revolução democrática deste século que está terminando as obriga a ser de fato públicas, voltadas para o interesse geral, ao invés de auto-referidas ou submetidas a interesses de grupos econômicos. [...] A partir de uma reforma administrativa que combata quatro pontos básicos: a apropriação privada do Estado; a atuação auto-referida da burocracia; a falta de responsabilidade pública (*accountability*) ou

responsabilização; e a ineficiência, ou seja, o mau uso dos recursos do Estado. Ora, são esses os objetivos básicos da reforma gerencial, que pressupondo o regime democrático e procurando, no seu âmbito, aprofundá-lo, recorre de forma crescente ao controle social, que não deve se limitar à execução das políticas públicas, mas também à sua formulação. [...] A reforma gerencial, que só faz sentido quando aprofunda as formas de democracia representativa e de democracia direta ou controle social, além de ser um instrumento de eficiência administrativa, é também um meio de afirmação democrática dos direitos de cidadania.

Já O'Donnell (1994) questiona o caráter formal democrático da Constituição Federal de 1988 e os benefícios reais para todos os cidadãos, caso contrário, ela acaba beneficiando somente as elites, como pode ser constatada sua opinião a seguir:

Ao falar do Estado Democrático destacamos a dimensão política do Estado enquanto comunidade de cidadãos. [...] As formas de constituição e de exercício da cidadania devem ser tomados como elementos constitutivos do Estado. Isso marca não só a diferença com Estado autoritário, também estabelece uma referência crítica para avaliar nos dias de hoje o Estado em nossos países. Quando em vastos territórios da região não existe nem igualdade perante a lei nem acesso equitativo à justiça. Não existe um aparelho estatal razoavelmente eficiente e os serviços públicos se encontram "feudalizados" em benefício de elites locais, ou seja, quando amplos setores não estão em condições de exercer seus direitos de cidadania o caráter democrático do Estado está em xeque.

A reforma do Estado expressa na reforma gerencial deve ser entendida no contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, pela produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. [...] As distorções e ineficiências que daí resultaram deixaram claro, entretanto, que reformar o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado. Daí a generalização dos processos de privatização de empresas estatais. Com essa proposta de reforma, entretanto, salientaremos outro processo tão importante, mas que não está claro: a

descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Chamaremos a esse processo de “publicização”.<sup>18</sup>

Nessa nova perspectiva, busca-se o fortalecimento das funções de regulação e de coordenação do Estado, particularmente em âmbito federal, e a progressiva descentralização vertical, para os níveis estadual e municipal, das funções executivas no campo da prestação de serviços sociais e de infraestrutura.

Considerando essa tendência, pretende-se reforçar a governança, ou seja, a capacidade de governo do Estado – através da transição programada de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, voltada para si própria e para o controle interno, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão. O governo brasileiro não carece de “governabilidade”, melhor dizendo, de poder para governar, dada sua legitimidade democrática e o apoio com que conta na sociedade civil. Enfrenta, entretanto, um problema de governança, na medida em que sua capacidade de implementar as políticas públicas é limitada pela rigidez e ineficiência da máquina administrativa.

## **1.9 Controle Social**

O controle social é emblemático no assunto da reforma do Estado realizada em 1995/98, pois, sem considerar o controle social, sem colocar em destaque o cidadão, não daria sentido a reforma gerencial, nos conceitos da Nova Gestão Pública, “de afirmação democrática dos direitos de cidadania”. Para Maria

---

<sup>18</sup> “Publicização”, sugerido por Bresser Pereira significa a transformação de entidades estatais em entidades-públicas não-estatais, mais especificamente em organizações sociais.

Valéria Costa Correa (2006, p.1):

A expressão controle social tem sido alvo das discussões e práticas recentes de diversos segmentos da sociedade como sinônimo de participação social nas políticas públicas.

A temática do controle social tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 80 e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988 e nas orgânicas posteriores: os Conselhos e as Conferências. Esta participação foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido deste, cada vez mais, atender aos interesses da maioria da população.

E acrescenta:

Por controle social entende-se a participação da sociedade no acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando os objetivos, processos e resultados. Pesquisas e estudos realizados no Brasil vêm apontando para a crescente densidade organizacional da sociedade civil como resultado do descompasso entre Estado e sociedade, e da implementação de políticas públicas que têm como objetivo a descentralização de recursos para a prestação de serviços na área social, principalmente para os setores de educação e saúde.<sup>19</sup>

O controle social é elemento importante no contexto das reformas, na inclusividade democrática do cidadão e de seu papel de representatividade nos Conselhos de Saúde, que são órgãos permanentes e deliberativos compostos de representantes do governo, dos prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários representando o papel de vigilantes da Saúde, onde se inclui também o acompanhamento e a avaliação das Organizações Sociais de Saúde.

Segundo a autora acima citada:

A área da saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política que caracterizou desde o final da década de 70 e à Organização do Movimento de Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo “médico-assistencial privatista” para um Sistema Nacional de Saúde Universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade.

---

<sup>19</sup> Disponível em <[www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2001/cont/cont0.htm](http://www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2001/cont/cont0.htm)>. Acesso em: dd mmm aaaa.

Vários autores brasileiros vêm trabalhando este tema do controle social no eixo das políticas sociais, para Carvalho (1995, p.8) “Controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-Sociedade, onde esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”.

Maria Valéria Correa considera que, para Carvalho, a ideia de controle social inspira os Conselhos de Saúde para que, com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, possam controlar o Estado, “assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados” (CARVALHO, 1995, p. 28). Afirmam Abrucio/Sano: 2008, p. 14

O esperado controle social descrito no Plano Diretor, elaborado por Bresser-Pereira, encontra pouco espaço nas OSS paulistas. A participação da sociedade, por meio do Conselho de Administração das OSS ou dos representantes do Conselho Estadual da Saúde, na definição das metas e indicadores para cada OSS, ainda não é uma realidade.

A atuação pertinaz do controle social exarada no Plano Diretor da Reforma do Aparelho entende, em sua previsão, que será uma atuação que se consolidará em médio e longo prazos: São previsões desse plano, na redação de Bresser Pereira (2005) que:

No médio prazo, a expectativa de aprovação das emendas constitucionais e respectivas regulamentações, das autorizações legislativas para a implementação das organizações sociais, e o aprofundamento da implantação da nova cultura gerencial, centrada em resultados, na competição administrada e baseada na avaliação do desempenho, tanto em nível institucional, quanto individual. Ainda, a médio prazo, espera-se a implementação do projeto cidadão, e na profissionalização do servidor, a partir de um redesenho institucional e gerencial baseado no controle social.

E prossegue em outra passagem do mesmo plano:

Finalmente, no longo prazo, espera-se que a reforma do aparelho do Estado produza as transformações fundamentais que viabilizem o novo Estado desejado, indutor e promotor do desenvolvimento social e econômico do país. Para alcançar este estágio, e com flexibilidade requerida para enfrentar os novos desafios que certamente serão impostos, os resultados esperados estão relacionados a duas dimensões: a primeira, de natureza interna, diz respeito à consolidação da cultura gerencial e da efetiva valorização dos servidores, através do resgate da identidade com o serviço público; a segunda, de natureza externa, a partir do surgimento de uma nova sociedade, baseada na participação popular, que recoloca o Estado como instrumento do exercício pleno da cidadania

A valorização do controle social, no momento da Reforma do Estado 1995/1998, é tão importante para democratização do país tanto quanto o foi o sistema eleitoral, dando indicações de acompanhamento efetivo ao sentido de causa e efeito, quando o cidadão puni ou elege o candidato.

### **1.10 Organizações sociais de saúde**

A gênese da criação das Organizações Sociais – OSs se deu no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995), que estabelecia todas as diretrizes, conceitos e objetivos globais para a reforma do aparelho do Estado dos chamados serviços: do núcleo estratégico, exclusivos, não exclusivos do Estado, nas seguintes ações: aumentar a governança do Estado; limitar a ação do Estado naqueles serviços considerados não exclusivos do Estado para a entidade pública não estatal; entre outros objetivos globais de transferência total ou parcial da União para os estados e municípios de ações de caráter local e regional. Assim, nesse período, a política governamental estava voltada para as privatizações e o Estado mínimo. Nesse contexto, o termo usado por Bresser Pereira, com relação à prestação de serviço por empresas privadas ao governo, foi a ,“publicização”. Segundo, Bresser Pereira, ( 2002, p. 246):

O Projeto das Organizações Sociais tem como objetivo permitir a descentralização de atividades no setor de prestação de serviços não exclusivos, nos quais não existe o exercício do poder de Estado, a partir do pressuposto de que esses serviços serão mais eficientemente realizados se mantendo o financiamento do Estado, forem realizados pelo setor público não estatal.

Entende-se por “organizações sociais” as entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária.

As organizações sociais terão autonomia financeira e administrativa, respeitadas as condições descritas em lei específica, como, por exemplo, a forma de composição de seus conselhos de administração, prevenindo-se, desse modo, a privatização ou a feudalização dessas entidades. Elas receberão recursos orçamentários do governo, podendo obter outros ingressos financeiros, através da prestação de serviços, doações, legados, financiamento, etc.

As Organizações Sociais de Saúde terão, individualmente, sua estrutura organizacional, administrativa e gerencial objetivando atender os ditames do Contrato de Gestão, na parceria contratual com a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e Convênio com o Sistema Único de Saúde – SUS, no período 1998-2000, após 2001 o contrato de gestão torna-se o único instrumento a mediar essa parceria: SUS mais SES versus OSS, sendo uma única fonte de receita, conforme relata Cidade, (2005, p. 179)

As OSS fazem parte da estratégia de flexibilização da gestão pública, orientadas para as áreas de interesse público (ensino, pesquisa, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde).

A implantação inicial das OSS no governo federal se deu pela Medida Provisória 1.591, em 9/10/1997, e foi ratificada pela Lei nº 9.637, de 15/05/1998, que criou o Programa Nacional de Publicização, que dispôs sobre a qualificação de entidades como as OSS.

Para Abrucio (2007, p. 4 )

A Reforma Bresser elaborou um novo modelo de gestão que propunha uma engenharia institucional capaz de estabelecer um espaço público não – estatal. As Organizações Sociais (OSS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) são herdeiras desse movimento – só nos Governos Estaduais, há cerca de 70 OSS atualmente. O espírito dessa idéia pode ser visto, hoje, nas chamadas parcerias público-privadas (PPPS). Não obstante a inovação conceitual, tais formas deram mais certo nos Estados que na União, sofrendo no plano federal uma enorme resistência ao longo da gestão do ministro Bresser Pereira.

Como narra Seixas, Paulo Henrique D'Ângelo, 2003, a motivação inicial para a implantação das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo partiu da Secretaria de Estado da Saúde, quando se constatou, no início da gestão do governo Covas, em 1995, a existência de 17 esqueletos de hospitais iniciados em gestões anteriores., e que estavam com obras paralisadas já há alguns anos. Tais hospitais, localizados em sua maioria na região metropolitana da Grande São Paulo, tiveram sua construção financiada em parte por um empréstimo do Banco Mundial que, ao longo dos anos de 1980, deu origem ao Plano Metropolitano de Saúde.

A criação de uma legislação estadual das Organizações Sociais – OSs não se deu sem conflitos. Prossegue Seixas ,2003 que o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Federal de Medicina e o Ministério Público haviam se oposto ao modelo federal de OSS, por este não levar em consideração as instâncias estaduais e municipais e sua autonomia “para gerir a saúde em seus territórios” . Havia também o receio de que esses estabelecimentos viessem a atender pacientes outros que os do SUS, conveniados, criando-se a “segunda porta” e, portanto, atendimentos diferenciados no mesmo estabelecimento. Segundo o secretário Dr. Barradas,

Considerando também as restrições fiscais que impediam a contratação de pessoal por concursos, baixa remuneração de gerentes, dificuldade de reposição de pessoal pelas regras convencionais da administração pública, dificuldade em aplicar o pagamento por produtividade e a rigidez dos prazos e controles tradicionais da administração pública.(Seixas, 2003).

Outro campo de resistência se abriu com respeito às unidades de hospitais já existentes. A Lei Complementar 846/98, que regulamentou a parceria do Estado com entidades filantrópicas, definiu que somente unidades hospitalares novas poderiam ser objeto da implantação desse modelo hospitalar das OSs. Seixas ainda se lembra que houve ainda oposição à discricionariedade que o Executivo detém para indicar a organização que se constituirá em Organização Social, bem como a ausência de controle público sobre o andamento do contrato de gestão, estabelecido entre as OSs e a Secretaria Estadual de Saúde.

O sistema de controle estabelecido a partir do contrato de gestão e, na medida, dentro dos conceitos da governança pública interna, responsável pela contratação e controle das Organizações Sociais de Saúde – OSS, na Coordenadoria de Gestão de Contratos dos Serviços Públicos, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, “pode ser decomposto nos arranjos de controle e no sistema da *accountability*, bem como nos instrumentos de prestação de contas. Entre esses últimos o principal, nesse caso, é o contrato de gestão, que regula a parceria entre o Estado e as entidades. Além do contrato de gestão as entidades são também signatárias do convenio padrão do SUS - Sistema Único de Saúde, de 1998 a 2000 e a partir de 2001 um só contrato de gestão regulando as parcerias, (CIDADE, 2004, p. 179).

O Sistema Único de Saúde – SUS, que estabelece a forma legal de atendimento ao usuário do sistema, considerando-se o conceito da universalidade da saúde, estabelecido na Constituição Federal de 1988, respeitando a equidade e a gratuidade dos serviços no atendimento ao cidadão.

Vimos neste capítulo a contextualização dos assuntos atinentes ao foco dissertação, a saber, a democracia, a *accountability*, e a Reforma do Estado; as organizações sociais, e principalmente o enquadramento teórico favorecido por autores que reforçam e embasam o conteúdo deste trabalho.

Percebemos que o tema proposto, que alinha o Estado (governo), terceiro setor (não governamental) e a *accountability* (democracia) passou por transformações atuais, conseqüentes, obedecendo um encadeamento lógico e causal de transformações atinentes à inserção global do país, democrático e capitalista, mas com a necessidade urgente de reformulações de suas políticas sociais, do desenvolvimento participativo de todo cidadão, através das reformas administrativa e organizacionais por meio de gestões gerenciais. Toda essa transformação está contida no Plano Diretor da Reforma de Governo que deu partida às reformas nos quatro setores do aparelho do estado distinguindo-os como premissas básicas das características do Estado e dando contorno e limites para o desenvolvimento do plano: “1. Núcleo Estratégico. Corresponde ao governo em sentido lato. 2. Atividades Exclusivas . É o setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar. 3. **Serviços não exclusivos. Corresponde ao Setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais** (grifo nosso); 4. Produção de Bens e Serviços para o mercado” . (BRASIL, 1995, pg. 41 e 42).

Daí surgiu a Reforma do Governo resultando em ações administrativas e gerenciais para reforço do Núcleo estratégico do Governo; Nas Atividades Exclusivas remodelando o Estado com novas formas de gestão e atuações administrativas com as alterações necessárias na Constituição; Para os

serviços não exclusivos do Estado inseriu o Terceiro Setor e na Produção de Bens e Serviços as privatizações consideradas necessárias.

## **A estrutura e a organização das parcerias**

### **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**

Apresentamos de forma hierarquizada a estrutura de prestação de serviços das Organizações Sociais de Saúde – OSS, e o aparato administrativo que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES dispõe para contratar e controlar essas organizações, cuja responsabilidade é repassada para a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviço de Saúde, que contrata, administra e controla as organizações, através dos contratos de gestão e dos relatórios administrativos, financeiros e estatísticos das atividades desenvolvidas.

Esta experiência é bastante enriquecedora, afirma Marcio Cidade, seu coordenador: “Estamos adotando para os hospitais da rede pública o mesmo critério de controle e estabelecendo uma administração gerencial com metas e resultados”. (Fundap Programa Avançado em Gestão Pública Contemporânea, 2004, p.24).

#### **Missão**

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES tem como objetivo administrar e gerenciar a saúde física e mental do cidadão no Estado de São Paulo, na cura e na prevenção, valendo-se de uma estrutura de hospitais aparelhados para atender as especialidades requeridas.

As diretrizes da política da saúde são desenhadas pelo governo

federal, envolvendo todo o Sistema Universal da Saúde – SUS, que norteia toda a política de saúde do Estado de São Paulo, formulada pela Secretária de Estado da Saúde. Nessa política de saúde são colocadas as especificidades do Estado quanto ao planejamento da saúde, à prevenção das doenças, ao acesso às informações importantes da saúde à população, aos seus direitos e aos riscos à sua saúde.

A Secretária de Estado da Saúde é formada por uma estrutura organizacional técnica, operacional e administrativa para poder lidar com os seus problemas diários decorrentes das atividades de saúde. Seu organograma assim se apresenta: Secretaria de Estado da Saúde, ao seu lado o Conselho Estadual da Saúde (SUS), mais abaixo, o Conselho Técnico Administrativo, do outro, no mesmo nível da Secretaria está a Ouvidoria e, mais abaixo, a Consultoria Jurídica.

No escalão hierárquico abaixo, estão as coordenadorias: Geral de Administração, Recursos Humanos, Planejamento de Saúde, de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, de Controle de Doenças, de Serviços de Saúde, de Regiões de Saúde, da Gestão de Contratos de Serviços da Saúde (Gestão de contratos das Organizações Sociais de Saúde – OSS).

No outro escalão da hierarquia estão as fundações, hospitais e demais órgãos: Fundação Oncocentro de São Paulo, Fundação para o Remédio Popular-Furp, Fundação Pró-Sangue e Hemocentro de SP, Superintendência de Controle de Endemias SUCEN, Hospital das Clínicas, da FM-USP, Hospital das Clínicas da FM-USP de Ribeirão Preto e Instituto Assistência Médica do Servidor Público Estadual – IAMSPE.

A gestão da Saúde é bastante complexa e lida a todo o momento com as urgências decorrentes da saúde das pessoas, de um lado, e de outro com a

burocracia, legislações, licitações e limitantes legais de despesas (Lei Camata)<sup>20</sup>.

Na gestão do governo Covas, o Estado endividado precisava de recursos para poder administrá-lo. Faltava recurso financeiro e as despesas eram superiores às receitas. O governo resolveu dar mobilidade ao Estado, privatizando algumas rodovias (entrando recursos para o governo e ao mesmo tempo que decrescendo-se dos custos de manutenção) e flexibilizando algumas atividades na área da saúde, repassando-as para as organizações sociais (reduzindo a mão-de-obra que seria contratada diretamente pelo governo, permanecendo dentro do percentual através da qual a Lei Camata limita a folha de pessoal como porcentagem do Orçamento ).

Então, a Secretaria da Saúde e o Governo do Estado e seus respectivos mandatários resolveram adotar a “política de publicização” ocorrida na reforma do Estado, em 1995/98, com a criação das Organizações Sociais da Saúde – OSS, para gerenciar os 17 ‘esqueletos’ de hospitais que o governador Mário Covas recebeu de seus antecessores.

Essa decisão não foi assumida pelo Conselho Estadual da Saúde e até hoje têm-se debates ideológicos sobre as Organizações Sociais e Fundações (ata 165/2008, do CES), como se verá adiante.

As oito Organizações Sociais da Saúde – OSS administram quinze hospitais, sendo seis na cidade de São Paulo e nove em outros municípios do Estado. Os três hospitais restantes são administrados pelas faculdades de ensino de medicina, através de convênios, mas seguem a mesma orientação do contrato de gestão. A seguir, é apresentada a relação dos hospitais administrados pelas Organizações Sociais de Saúde – OSS.

---

<sup>20</sup> Lei Camata Lei Complementar 96 de 31 de maio de 1999 da Deputada Federal Rita Camata., que limita gastos com pessoal em 60% da receita corrente líquida.. Após Reforma Administrativa passa se integrar a Lei de Responsabilidade Fiscal que limita os gastos públicos em todos os níveis de governo., n. 101/2000

## **As Organizações Sociais de Saúde – OSS e faculdades administrando hospitais**

### **I) OSS – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, para administrar:**

1. O Hospital Geral de Guarulhos, em 14 de abril de 2000.

### **II) OSS – Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, para administrar:**

2. O Hospital Geral de Pirajussara, em 25 de janeiro de 1999.
3. O Hospital Estadual de Diadema, em 26 de outubro de 2000.
4. O Hospital Estadual de Mogi das Cruzes, em 28 de agosto de 2004.

### **III) OSS – Organização Sanatorinhos, para administrar:<sup>21</sup>**

5. O Hospital Geral de Carapicuíba, em 23 de outubro de 1998.

---

<sup>21</sup> Algumas mudanças ocorreram: Itapevi e Carapicuíba saíram de Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde e foram assumidas por Congregação de Santa Catarina, em 2005, e Congregação de São Camillo, em 2008, nesta ordem.

6. O Hospital Geral de Itapevi, em 20 de setembro de 2000.

**IV) OSS – Organização Santamarense de Educação e Cultura, para administrar:**

7. O Hospital Geral do Grajaú, em 23 de outubro de 1998.

8. O Hospital Estadual de Francisco Morato, em 2 de fevereiro de 2004.

**V) OSS – Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina, para administrar:**

9. O Hospital Geral de Itaim Paulista, em 5 de agosto de 1998.

10. O Hospital Geral de Itaquaquecetuba, em 24 de março de 2000.

**VI) OSS – Serviço Social da Indústria da Construção do Mobiliário do Estado de São Paulo – Seconci, para administrar:**

11. O Hospital Geral de Itapeçerica da Serra, em 3 de março de 1999.

12. O Hospital Estadual de Vila Alpina, em 11 de dezembro de 2001.

**VII) OSS – Associação Congregação Santa Catarina, para administrar:**

13. O Hospital Geral de Pedreira, em 26 de junho de 1998.

**VIII) OSS – Fundação ABC, para administrar:**

14. O Hospital Estadual Mário Covas, em Santo André, em 20 de novembro de 2001.

**IX) OSS – Sociedade Assistencial Bandeirantes**

15. O Hospital Regional do Vale do Paraíba – Taubaté, em 11 de maio de 2004.

**Ambulatório, Análises Clínicas, Centro de Referência para Idosos**

**X) OSS – Santa Casa de Misericórdia de São Paulo**

16. Ambulatório de Especialidades Geraldo Bourroul – Capital, em 29 de janeiro de 2005.

**XI) OSS – Sociedade Assistencial Bandeirantes**

17. Centro Estadual de Análises Clínicas Zona Norte – Capital, em março de 2006 – prev.

**XII) OSS – Ass. Congregação de Sta. Catarina**

18. Centro de Referência do Idoso Zona Norte, em 28 de fevereiro de 2005.

**C1) Convênio com a Faculdade de Medicina de Botucatu, da UNESP, para administrar:**

19. O Hospital Estadual de Bauru, em 4 de novembro de 2002.

**C2) Convênio com Faculdade de Medicina da Unicamp, para administrar:**

20. O Hospital Estadual do Sumaré, em 22 de setembro de 2000.

**C3) Convênio com a Faculdade de Medicina da USP, para administrar:**

21. O Hospital Estadual de Sapopemba, em 5 de abril de 2003.

Para dimensionar o que significa, em termos de atendimento dos hospitais gerenciados pelas OSS, temos a oferta 3.883 leitos operacionais somando leitos de enfermaria mais UTI mais leitos complementares, abaixo<sup>22</sup>.

### **Tabela 1 PRODUÇÃO REALIZADA nos hospitais gerenciados pelas OSS**

Os números de produção abaixo, indicam crescimento constante na produção dos hospitais administrados pelas OSS.

<b>Especialidades</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Nº Internações	151.261	158.232	182.692	207.888
Nº Consultas Ambulatoriais	931.375	1.110.647	1.201.332	1.653.177
Nº Consultas Urgências	1.411.826	1.459.793	1.485.234	1.732.341
Nº Exames p/ Pac. Externos	4.246.785	3.553.973	3.201.948	4.261.202

Fonte: Relatório da Secretária de Saúde, 2006, p 8

Assim, o governo do Estado, desde 1995, aumentou o número de leitos na rede hospitalar, tendo investido mais de 600 milhões, nos últimos 9 anos, na reforma e equipamento hospitalar, nos últimos 9 anos, em 16 “esqueletos” de hospitais, herdados de gestões anteriores. Com isso, foram criados 7.000 leitos em todo o Estado, sendo 3.200 leitos na capital. Hoje os hospitais estaduais têm 22 mil leitos, deste total, 11.607 estão na cidade de São Paulo. “A saúde é uma prioridade do governo paulista, no Estado e na capital”, afirma o secretário de Saúde, Luiz Roberto Barradas. “E, para continuar o trabalho de ampliação da assistência médica, com o aumento do número de leitos e atendimento, estamos investindo R\$ 170 milhões na conclusão das obras do Instituto Doutor Arnaldo”. São mais 500 leitos, no Instituto Dr. Arnaldo. Hoje o Estado tem ao todo vinte e duas unidades geridas pelas Organizações Sociais de Saúde – OSS, abrangendo atividades hospitalares de internação, atendimento ambulatorial, atendimento de urgência e emergência,

<sup>22</sup> Informação de março de 2006

atividade de apoio e diagnóstico e terapêutico para pacientes externos aos hospitais e atendimento médico e social a idosos e realização de exames laboratoriais.

1. O contrato de gestão, incluso na Lei Complementar 846/98, mencionado a seguir, é o instrumento principal para a contratação e o controle que embasou toda a parceria das Organizações Sociais da Saúde – OSS e convênios com as faculdades para prestarem serviços nos “novos hospitais”, devidamente aparelhados para prestar serviços à população do Estado de São Paulo, através do Sistema Único de Saúde. “Sou um entusiasta do modelo de OSS, pois representa uma revolução na gerência dos equipamentos médicos-hospitalares. O Estado provê e controla. As tarefas executivas ficam por conta de quem conhece e tem tradição na prestação do serviço”, resume Nacime Salomão Mansur<sup>23</sup>, diretor de Hospital Pirajussara e professor da Escola Paulista de Medicina.

### **Contrato de gestão**

O contrato de gestão apresentado na reforma gerencial do Estado em 1995/98 passou a mediar as parcerias entre as empresas públicas e organizações sociais (não governamentais). De acordo com Maristela A. de André (1999, p.43), Revista de Adm. De Empresas/EAESP/FGFV, São Paulo, Brasil.

---

<sup>23</sup> Fonte:(revista.fundap.sp)

O contrato de gestão<sup>24</sup> é instrumento de compromisso administrativo interno ao Estado, firmado entre o poder executivo e a diretoria de instituições de direito público e empresas estatais. Recentemente sua aplicabilidade vem sendo estendida pelo atual Projeto de Reforma do Aparelho do Estado, divulgado em novembro de 1995 também a instituições de direito privado.

O contrato de gestão, a partir da reforma gerencial em 1995/1998, só poderá ser celebrado com o Estado e as entidades que forem qualificadas como organizações sociais. Esse contrato está previsto no art. 6 da Lei Complementar 846/98, que reza:

[...] o instrumento firmado entre o poder público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de uma parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas à área da saúde ou cultura.

Em adendo às formulações contratuais e à criação das organizações sociais, o Plano Diretor da Reforma do Estado (1995-1998) também incluiu os indicadores de desempenho definidos para todos os setores do governo “que serão base para celebração do contrato de gestão entre o dirigente da entidade e o respectivo ministro”. “E a partir do contrato de gestão será possível implantar um modelo de administração pública e gerencial”.

Detalhamento dos elementos principais que compõem o contrato de gestão, no caso, o contrato de gestão entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e as Organizações Sociais.

- a. Detalhamento dos direitos, responsabilidades, obrigações do poder público e da organização social contratada.

---

<sup>24</sup> Contrato de gestão: última forma do contrato de gestão firmando entre as partes SUS e SES versus OSS. Nova Versão após 2001. .

- b. Contrato elaborado conforme negociação e acordo entre as partes.
- c. Serão estabelecidos no planejamento do trabalho a ser executado pelas OSS os objetivos, metas, prazos de execução que serão checados e avaliados com os critérios de avaliação acordado entre as partes, para medir desempenho de qualidade e produtividade.
- d. Dispensável a licitação para celebração de contratos, até mesmo quando existir mais de um finalista. Cabe ao secretário decidir sobre quem será contratado. Para maior controle, o Estado deve dar publicidade dos nomes das organizações que tiverem interesse de trabalhar com o Estado.
- e. Desde a Convocação Pública para contratação das OSS e a minuta do contrato e depois o contrato de gestão assinado devem ser publicados no Diário Oficial.
- f. Há estabelecimento de limites percentuais para remuneração dos serviços, principalmente com gastos com pessoal.
- g. O Estado não poderá transferir qualquer bem que esteja vinculado à prestação de serviços da Saúde. (Considerando que todos os hospitais são novos e entregues totalmente equipados).
- h. Qualquer outra cláusula necessária será definida pelo secretário de Estado, sempre em sintonia com as OSS.
- i. Na Constituição Estadual, o artigo 11 deverá ser seguido.

- j. Dotação de recursos orçamentários e bens públicos pelo Estado em seu planejamento orçamentário para cumprimento do contrato de gestão.
- k. As entidades que não atingirem as metas estabelecidas serão desqualificadas, havendo direito à defesa. Não sendo defensáveis, as OSS deverão reverter ao Estado os bens e os recursos fornecidos.
- l. As OSS devem publicar os procedimentos adotados para compras e prestação de serviços.

No detalhamento acima do contrato de gestão, podemos inserir algumas notas importantes que a contratante (SES) achou por bem acrescentar para dar mais credibilidade no processo de contratação e que hoje fazem parte do dia a dia das OSS versus SES.

No item f, remuneração de empregados e dirigentes nas OSS do Estado de São Paulo representam 70% das despesas totais, superior ao que a lei Camata permite aos órgãos públicos 60%.

No item d, como não há critério para seleção, a não ser aqueles que fazem parte das cláusulas contratuais, mercado (pessoas idôneas) e de lei (não ter envolvimento escusos), As OSS devem ter mais de 5 anos de constituição e atuação comprovada no mercado (regra esta estabelecida pela SES).

No item g, os hospitais administrados pelas OSS deverão ser novos e/ou estarem dentro dos “reformados” – os esqueletos de 17 hospitais recebidos pelo governo Covas.

No item c, os contratos assinados pelas OSS serão fiscalizados pela

SES, dentro de parâmetros acordados nos contratos de gestão, para tanto as OSS deverão munir a SES com relatórios, comparativos de resultados entre o proposto e o real e relatório de gestão financeira. Os relatórios de resultados devem ser avaliados pela Comissão de Avaliação, indicada pela SES, que deve emitir pareceres sobre a atuação das OSS. Essa comissão é composta de dois membros do Conselho Estadual da Saúde e mais dois membros da Comissão de Saúde e Higiene da Assembléia Legislativa e deverá encaminhar relatório sobre a performance das OSS à Assembleia Legislativa, no trimestre.

Devem ser publicados no Diário Oficial do Estado o balanço e demais prestações de contas, como também enviá-los para a análise do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

O pagamento da prestação de serviços do Estado para OSS será feito de forma escalonada e 90% das despesas serão reembolsadas, no ato da prestação de contas, o restante após a análise das contas.

Os demais controles são efetuados a partir do contrato de gestão versus atividades realizadas e farão parte da rede de *accountability* envolvendo todos os atores do processo de contratação das Organizações Sociais da Saúde, prestando serviços à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O contrato de gestão foi elaborado para garantir a formalização da prestação de serviços das OSS –Organizações Sociais de Saúde para a SES- Secretaria de Estado de Saúde . Foi constituída uma comissão para elaborar o contrato de gestão, Comissão de Acompanhamento e Monitoramento, que realiza monitoramento dos contratos no trimestre nos objetivos da parte variável e semestral nos objetivos fixos e resultando em adequações importantes nos contratos de

gestão que são acompanhadas pelo secretário de saúde e definidas através de resoluções. Com esse monitoramento resultou em modificações no novo contrato de gestão em 2001. As duas principais foram: um único contrato de gestão, retirando o convenio do SUS e contrato de gestão da SES e uma única fonte de receita, antes duas fontes de receitas, faturamento SIA/SIH e repasses da SES, com a utilização de uma única fonte de faturamento, as informações do SUS. Obtendo a homogeneização das informações padronizando-as de forma onde pudesse planejar as atividades e as despesas com objetivo da Secretaria administrar o seu fluxo de caixa.

## **COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (CGCSS)**

A Coordenadoria de Gestão de Contratos dos Serviços de Saúde – CGCSS – está afeta à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para coordenar as atividades contratadas/conveniadas da prestação de serviços à Saúde.

Essa coordenação atua nos dois tempos na pré e pós-contratação, desenvolvendo inicialmente toda a instrumentalização para amparar a contratação dos serviços de saúde e, no segundo tempo, faz a gestão dos serviços contratados e/ou conveniados, bem como avalia a atuação dos provedores e os resultados positivos ou negativos dos serviços da saúde, e atua também nas estratégias de planejamento da saúde e serviços.

Essa coordenação é responsável pela contratação e controle da gestão (incluindo planejamento estratégico, financeiro e administrativo) das oito Organizações Sociais da Saúde – OSS e dos três convênios firmados com as faculdades de medicina que seguem as mesmas regras. O que resulta na gestão de 21 serviços , 13 hospitais gerais, 1 ambulatório de especialidades, 1 centro de Referência para idosos e 1 laboratório de análises clínicas, segundo informação de março/2006. Essa coordenadoria administra e acompanha também os 39 hospitais da administração direta, utilizado da mesma ótica de acompanhamento, avaliação e controle dos serviços contratualizados. Assim pode-se inferir que a relação percentual de hospitais de administração direta/administração contratual está na proporção de 33% e da participação na quantidade total (39 + 13) 52 é de 25% dos hospitais administrados por OSS do total dos hospitais.

A coordenadoria também fez estudos comparativos entre as duas modalidades administrativas, considerando somente 13 hospitais semelhantes em cada modalidade, como vistos nos quadros (I,II,III). As tabelas são comparativas do desenvolvimento operacional e de custo de 13 hospitais públicos com administração direta e de outro lado da comparação os 13 hospitais públicos administrados pelas Organizações Sociais de Saúde. Procurou-se ajustar as amostras, de modo que elas fossem equivalentes, ou seja que os hospitais tivessem as mesmas especialidades e área física e capacidade de atendimento equivalentes. Os dados das tabelas abaixo fazem parte do relatório da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, em maio/2006.

Em análise rápida pode-se considerar que nos quadros ou tabelas houve um acréscimo de atividades e de despesas de 8,6%, mas o número de pacientes também cresceu em 42,8% revelando um decréscimo no custo unitário total de -

24,30%, garantindo-se uma otimização dos custos.

Quadro I

Dados comparativos 2005					
N.	HOSPITAIS	R\$ ORÇAMENTO	N INTERNAÇÕES	N ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	N ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA
13	ADM. DIRETA	612.449.386	116.254	970.778	2.320.100
13	OSS	662.178.088	166.010	1.189.164	1.514.889

QUADRO:II

DADOS COMPARATIVOS 2005				
MODALIDADE	HOSPITAIS	NÚMERO DE LEITOS	TAXA DE OCUPAÇÃO MÉDIA	SAÍDAS/LEITO
ADM.DIRETA	2.998	75,80%	39,7	R\$ 3.554
OSS	2.925	79%	58	R\$ 2.691

QUADROIII

DADOS COMPARATIVOS 2005			
HOSPITAIS	VARIÇÕES PERC.%		
	ORÇAMENTO	N.SAIDAS	CUSTO/SAIDA
OSS S/ADM.DIRETA	8,10%	42,80%	-24,30%

Para garantir as performances estabelecidas pelos hospitais administrados pelas OSS vários órgãos de controle de qualidade premiaram hospitais, administrados pelas OSS, com certificações e creditações mencionadas, no quadro abaixo<sup>25</sup>:

Quadro IV

HOSPITAIS CERTIFICADOS	
HOSPITAIS	
BAURU	ACREDITAÇÃO NÍVEL I - ONA - NOVEMBRO DE 2004
CARAPICUÍBA	CERTIFICAÇÃO ISSO 9001 - LABORATORIO
DIADEMA	ACREDITAÇÃO PLENA - ONA - OUTUBRO 2004
GRAJAU	EM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO CQH PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE LTDA - RIO DE JANEIRO 2006 - LABORATORIO
GUARULHOS	SELO DE QUALIDADE CQH
ITAIM PAULISTA	EM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO
ITAPECERICA SERRA	HOSPITAL ACREDITADO - FUNDAÇÃO VANZOLINI/ONA 2005 - HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA - MS/UNICEF/OMS 2001 - CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL MÉTODO MÃE CANGURU - MS
ITAPEVI	CERTIFICAÇÃO ISO 9001 - LABORATÓRIO ACREDITAÇÃO NIVEL I - ONA
ITAQUAQUECETUBA	EM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO
PEDREIRA	ACREDITAÇÃO PLENA - ONA CERTIFICAÇÃO ISSO 9001 - 2004 - A.E. JARDIM DOS PRADOS
PIRAJUSSARA	ACREDITAÇÃO PLENA- ONA - OUTUBRO 2004
SANTO ANDRÉ	HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA - JUNHO 2005
SUMARÉ	ACREDITAÇÃO PLENA - AGOSTO 2005 CERTIFICAÇÃO ISSO - 9002 - 2003 - AGENCIA TRANSFUSIONAL HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA - NOVEMBRO DE 2004

<sup>25</sup> Notas sobre o quadro acima: ONA – Organização Nacional de Acreditação . Organização não governamental que tem por objetivo promover a implementação de processo de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços da saúde.

Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar – Programa de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para melhoria contínua da qualidade hospitalar.

ISO- International Organization for Standardization – Sistema de Gestão de Qualidade – ABNT.NBR ISO 9001, 14001, 18001.

Esses Organismos referenciados acima promovem a qualidade dos serviços de saúde, e ao fazê-lo, agem como *stakeholders* do sistema de saúde, no caso da ISO- International Organization for Standardization, de Genebra introduziu uma abordagem sistêmica na gestão da qualidade em todos os serviços do governo. A ISO foi implantada na reforma do Estado 1995/ 1998, criando um Sistema de Gestão da Qualidade em todos os órgãos do governo. Vários Órgãos de Saúde e Educação foram certificados pela ISO. No caso da ONA é uma organização mantida pelas entidades do Estado de São Paulo a Associação Paulista de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. O CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar é uma organização formada por voluntários.

Como se pode ver O Sistema de Gestão de Qualidade criado pelo Governo Federal na Reforma do Estado 1995/1998 atualizou a sociedade para o controle da qualidade dos seus serviços e produtos e criou internamente o controle de qualidade formado e mantido por instituições estaduais e outras formadas por voluntários, com a emergente aparição do Controle Social.

## **Atos de gestão administrativa das Organizações Sociais de Saúde**

A Coordenadoria de Contratação de Serviços da Saúde informa o que é importante considerar na contratação e controles das OSS que estão lastreados no Contrato de Gestão e que servirão de base substancial para a cobrança de resultados.

### **Da qualificação**

Só poderão ser qualificadas as Organizações Sociais que sejam constituídas de pessoas jurídicas de direito privado e sem fins lucrativos, para atuar nas áreas da saúde ou da cultura.

É necessário também possuir um conselho de administração para deliberação superior e uma diretoria, conforme os termos do estatuto. Este conselho de administração deve ter a participação de membros da comunidade. Terá que publicar no *Diário Oficial do Estado de São Paulo* anualmente os relatórios financeiros e de execução das atividades e o contratos de gestão. Além disso, as entidades da área de saúde devem comprovar atuação há mais de cinco anos na área.

O Conselho de Administração tem como membros natos no mínimo 50% dos conselheiros, sendo 20% a 40% de representantes do poder público e 20% a 30% representantes da sociedade civil; até 10% dos conselheiros são eleitos entre os membros ou associados da sociedade civil credenciada como Organizações Sociais de Saúde. Os três primeiros grupos elegem os demais, originários de associações civis e cidadãos de notória capacidade e idoneidade.

As contratações de pessoal feitas pelas Organizações Sociais de Saúde – OSS obedecem ao regime da CLT, sendo regidas por normas próprias

aprovadas pelo conselho de administração.

### **Da desqualificação**

A Comissão de Avaliação, indicada pela Secretaria de Estado de Saúde, deve emitir pareceres sobre a atuação das OSS. Essas análises são feitas trimestralmente, em havendo dissonância entre o contrato de gestão firmado e os resultados apontados sem nenhuma atenuante para as OSS será seguido da desqualificação .

### **Comissão de Avaliação**

Essa comissão é indicada pela Secretaria de Estado de Saúde composta de dois membros do Conselho Estadual da Saúde e mais dois membros da Comissão de Saúde e Higiene da Assembleia Legislativa e deverá encaminhar relatório sobre a performance das OSS à Assembleia Legislativa, no trimestre.

No quadro, abaixo, os relatórios indicados que são instrumentos de análise pelos responsáveis da performance das OSS-Organizações Sociais de Saúde e periodicidade.

Tabela 2 – **INSTRUMENTOS PARA CONTROLE DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE**

<b>Instrumentos para controle</b>	<b>Responsável pela elaboração</b>	<b>Periodicidade</b>
1. Documentos das atividades	OSS	Mensal
2. Relatório de execução	OSS	Anual
3. Relatório financeiro	OSS	Anual
4. Relatório das atividades	Comissão de Avaliação	Trimestral
5. Relatório de desempenho	Comissão de Avaliação	Anual
6. Relatório de atividades	CCSS(*)	Variada

(\*) Coordenadoria de Contratação de Serviços da Saúde

**Tabela 3 – ÓRGÃOS FISCALIZADORES E O TIPO DE RESPONSABILIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE**

<b>Controlador</b>	<b>Parlamentar</b>	<b>Procedimentos</b>	<b>Resultado Social</b>
1. Comissão de Avaliação			X
2. Coordenadoria de Contratação de Serviços da Saúde		X	X
3. Grupo de Trabalho Especial		X	
4. Assembleia Legislativa	X		
5. Tribunal de Contas do Estado		X	
6. Usuários			X

Nessa tabela percebe-se o envolvimento dos participantes no processo de accountability e com os grupos de análises nas devidas funções: Parlamentar, Burocrático e Social.

### **Grupo de Trabalho Especial**

O Grupo Especial de Trabalho é formado pelos elementos do Conselho Estadual de Saúde e das coordenadorias para discutir assuntos relacionados às Organizações Sociais de Saúde e propor mudanças necessárias. Esse instrumento de controle estatístico é o mais completo em termos de informação das atividades desenvolvidas pelas OSS.

A tabela 4, abaixo, representa a síntese de controle hospitalar , por meio de indicadores, mensal, anual e medias do período, na horizontal e na vertical temos todas especialidades desenvolvidas , internação hospitalar, ambulatorial, urgência e diagnóstico. Nesse controle dimensiona-se a capacidade hospitalar versus sua ocupação. Vários controles, tabelas e índices foram entronizados no Brasil pela Nova Gestão Pública e das experiências ocorridas em hospitais da Europa, principalmente da Inglaterra.

Tabela 4 – **CONTROLE ESTATÍSTICO DA ATIVIDADE HOSPITALAR**

	<b>Ano 2xxx</b>			
	<b>Indicador</b>	<b>12 meses</b>	<b>Total</b>	<b>Média</b>
Dados Gerais	Taxa de ocupação %			
	Média de permanência (dias)			
	Número de saídas hospitalares			
	Número total de cirurgias			
	Número de cirurgias ambulatoriais			
	Número de partos			
	Número de procedimentos CO			
	Taxa de cesárea em primíparas %			
	Taxa de partos com acompanhante %			
	Taxa de mortalidade institucional %			
	Taxa de mortalidade operatória %			
	Taxa de indicação positiva internados %			
	Taxa indicação positiva ambulatoriais %			
	Relação funcionário/leito			
Relação enfermeiro/leito				
Ambulatoriais	Número de casos novos ambulatoriais			
	Número de retornos ambulatoriais			
Urgência	Atendimento de urgência referenciada			
	Atendim. urgência procura espontânea			
Diagnose	Total de exames - patologia clínica			
	Total de exames - anatomia patológica			
	Total de exames – imagem			

Obs.: Controle estatístico da atividade hospitalar

Este controle estatístico é parte do Contrato de Gestão, resume todas as atividades hospitalares e quando há mais especialidades, elas são

incluídas, de acordo com as especialidades de cada unidade hospitalar. O quadro acima é um exemplo da aplicação do controle estatístico da atividade hospitalar de qualquer hospital da rede pública. As quantidades e percentuais são negociados em contratos, tendo como parâmetro as médias históricas apresentadas pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – SES e Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde e as Organizações Sociais de Saúde – OSS, no momento da negociação do Contrato de Gestão entre as partes. A partir daí, as médias e percentuais negociados são transformados em metas e que serão parâmetros (indicadores) importantes para confrontar com o realizado pelas Organizações Sociais de Saúde contratadas.

O valor total <sup>26</sup> dos serviços prestados pelas Organizações Sociais de Saúde é pago em duas parcelas:

- 1 na primeira, paga-se 90% do total dos serviços contratados;
2. na segunda, após três meses de avaliações do desempenho das OSS, verificando se foi cumprido o que havia sido acordado entre as partes. Caso tenham sido alcançadas as metas previstas, paga-se os 10% restantes no prazo dos três meses. Se o atendimento das OSS superar as metas por três meses, haverá um aditivo contratual, considerando-se a superação das metas atingidas pelas OSS. No entanto, poderá também ocorrer uma desqualificação das mesmas, se, nos três meses, elas não corresponderem às expectativas, procedendo-se a uma rescisão de contrato.

---

<sup>26</sup> Os custos hospitalares foram pesquisados e calculados por empresas especializadas (Dr. Guedes, na época secretário da Saúde, 1998).

Comentarios: Na estrutura e a organização das parcerias, estão descritas as atividades mais importantes de contratação, acompanhamento, modificação e melhorias nos controles administrativos, financeiros, estatísticos e operacionais, nos procedimentos entre a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, através de suas coordenadorias e comissões e as Organizações Sociais de Saude com Conselho Administrativo formado por integrantes da sociedade local, funcionários e usuários.

É importante considerar o contrato de gestão peça que estabelece o *interface* aentre a contratante (SES) e contratada (OSS) para finalizar na gestão de resultado. Se o resultado for satisfatório a OSS continua na gestão do hospital. Se insatisfatório (não cumpriu os objetivos, os resultados) ela será desqualificada e rescindirá o contrato de gestão.

Esse poder que a contratante tem de qualificar ou desqualificar está presente no contrato de gestão, na figura do governador Estado o que torna obrigação da contratante (SES) observar os resultados e sancionar o que deve ser feito e informando constantemente de seus atos aos seus pares no governo e dar publicidade ao ato, na mídia impressa.

Esse acompanhamento constante da SES das OSS produz a necessária informação, através de relatórios, balanços, informações financeiras e estatística de atendimento dos serviços hospitalares, custos e números de pessoas atendidas por especialidades,( internação, urgências, ambulatorial, apoio diagnostico e terapêutico) para efeito de análise e acompanhamento da *accountability* horizontal e vertical.

## CAPÍTULO 2

### AS DIMENSÕES DA *ACCOUNTABILITY*

O Plano Diretor da Reforma do Estado (1995-1998) reforça o tema do controle sobre as atividades do governo considerado não apenas pelos procedimentos, redução que implica em entendimento burocrático de administração público! O documento propõe uma administração gerencial que, além dos procedimentos, coloca ênfase na lógica dos resultados; engloba também o controle social considerando os mecanismos da *accountability*, da responsabilização, da prestação de contas, do desenvolvimento da democracia, de um leque de instrumentos que permitem o controle dos agentes públicos, e ainda reforçam e complementam o controle mútuo exercido entre os Poderes Executivo, Legislativo, Judiciário.

Uma outra inquietação que o termo suscita no meio acadêmico envolve aspectos que ( BEHN, 1998:17) expressou por meio de questões como: a *accountability* deve ocorrer “perante quê? Para quê? De que forma? Como exatamente poderemos exigir *accountability* do governo? De fato, empregamos a frase ‘cobrar *accountability* do governo’ como se seu significado fosse óbvio. Porém, como iremos cobrar *accountability* de quem e por quê?”.(Sano, 2003:37)

As perguntas acima são pertinentes e a princípio, podem ser respondidas pela aplicação dos mecanismos de controles horizontais e verticais da *accountability*; contudo, não existe a certeza de que as informações e os desvios entre os órgãos apontados são resolvidos e que os cidadãos tem informação e capacidade suficiente para avaliar e julgar. Talvez o que ainda não ocorre é ação

efetiva do controle social na forma pretendida pelo Plano da Reforma do Estado (1995-1998), embora, no mesmo Plano, já admita a possibilidade de que os Sistemas de Gestão Pública (controle e informações gerenciais) possam atrasar a integração das informações entre os organismos do governo, como um todo, em função dos altos custos na implementação imediata, como também no aguardo da confiabilidade dos sistemas e na qualidade das informações. Essas informações “on line” e em tempo real seriam o canal aberto entre o cidadão e o governo para julgar e controlar o desempenho da administração pública em todos os níveis de governo, como também obter informações suas nos vários órgãos do governo.

A transparência e acessibilidade às informações são dois fatores importantes para *accountability*. Com isso os sistemas de informações da Rede do Governo estão articulados com os objetivos de prestar serviços de informação ao cidadão. Exemplo disso é o Projeto Cidadão da Rede de Governo, alimentado permanentemente pelos serviços de recursos da Rede do Governo (BRASIL, 2000). Com esse comportamento transparente o governo pretende criar vínculo com o cidadão possibilitando obter uma crescente massa crítica.

Os mecanismos de controles da *accountability* horizontal e vertical são clássicas formas para se evitarem concentração e abuso de poder. Apresentando como controladores os poderes: Políticos, Burocratas e a Sociedade, efetuando os controles: Parlamentar, Procedimentos, Social e Resultados, como se resume no quadro abaixo:

Tabela 5 – TIPO DE CONTROLE VERSUS CONTROLADOR

Controladores	Controle Parlamentar	Controle Procedimentos	Controle Social	Controle Resultados
Políticos	X			X
Burocratas		X		X
Sociedade			X	X

Fonte: Centro Latino Americano para Desenvolvimento - CLAD, 2000 apud ABRUCIO/SANO, Revista Adm. Publica v. 48 n.3, São Paulo jul/set 2008.

A divisão acima acena à preocupação de políticos , burocratas e sociedade quanto a posição, em cada caso, da agência controlada e do agente controlador nos processos de *accountability*:

Tabela 6 – **ALGUMAS MODALIDADES E CARACTERÍSTICAS DE CONTROLES**

Controle	Exercido	
	Burocratas	Executivo/Legislativo
Administrativo	X	
Parlamentar		X
Judicial		X
Tribunal de Contas	X	

Fonte: Centro Latino Americano para Desenvolvimento - CLAD, 2000 apud ABRUCIO/SANO, Revista Adm. Publica v. 48 n.3, São Paulo jul/set 2008.

Os controles acima são efetuados da forma que se segue:

1. Controles administrativos correspondem àqueles exercidos pelos burocratas e têm como objetivo fazer com que as normas e procedimentos legais sejam cumpridos.
2. Controle Parlamentar consiste fundamentalmente no controle mútuo entre os Poderes Executivo e Legislativo.
3. Controle Judicial – controla todos os atos administrativos através da aplicação da lei em um caso concreto, no direito de intervir em atos omissos e de improbidade do Executivo.
4. Controle burocrático – Os Tribunais de Contas exercem esse tipo de controle quando realizam a auditoria das contas públicas.(\*)

(\*)No Brasil, os órgãos do Ministério Público e os Tribunais de Contas, são instituições que têm alto grau de autonomia em relação à própria

organização institucional à interpretação da tarefa de controle. Speck (2000, p. 23)<sup>27</sup>

Segundo estudo do Centro Latino Americano para o Desenvolvimento - CLAD (2000), existem quatro mecanismos principais de controle parlamentar:

- a. submissão das nomeações realizadas pelo Executivo a importantes cargos públicos, como a presidência do Banco Central, e à aprovação do Legislativo.
- b. controle na elaboração e gestão do orçamento e também da prestação de contas do Poder Executivo.
- c. existência e funcionamento pleno de comissões parlamentares destinadas avaliar as políticas e a investigar a transparência dos atos governamentais.
- d. Audiências públicas que são um instrumento para realizar uma discussão junto à sociedade de leis, projetos e programas que podem ser implementados.

Tabela 7 – TIPOS DE RESPONSABILIZAÇÃO (*ACCOUNTABILITY*)

Dimensão	Controle Parlamentar	Controle Procedimentos	Controle Social	Controle Resultados
Horizontal	X	X		X
Vertical			X	X

(\*)<sup>27</sup> No Brasil, os órgãos do Ministério Público e os Tribunais de Contas, são instituições que têm alto grau de autonomia em relação à própria organização institucional à interpretação da tarefa de controle. Speck (2000, p. 23)<sup>27</sup>

Fonte: Adaptação de Centro Latino Americano para o Desenvolvimento - CLAD/SANO (2000, p. 39)

O controle de responsabilização da *accountability* tem duas dimensões: Horizontal que é composta por órgãos do governo com a intenção de se efetuar a divisão de poderes. Enquanto a dimensão vertical se expressa através dos cidadãos.

### **2.1 Mecanismos de *accountability* horizontal**

O sistema de controle horizontal da *accountability* é composto por vários níveis de governo, ou o “velho tema de divisão de poderes”, que se comunicam passando por avaliações políticas, administrativas/burocráticas e sociais e “envolvem a existência de instituições, agências, órgãos estatais detentores de poder legal e de fato, de realizar ações que vão desde a supervisão de rotina até sanções legais contra atos delituosos de seus congêneres do Estado. Esse sistema não se limita às instituições mais importantes do sistema político, como o controle mútuo entre o Legislativo, o Executivo e o Judiciário, mas também outras instituições intermediárias. Essa forma sistemática de controle é bastante amparada por determinações legais, de procedimento e controles.

No caso das OSS de Saúde do Estado de São Paulo, temos os seguintes órgãos de controle horizontal funcionando: Assembléia Legislativa – Controle Parlamentar; Tribunal de Contas – Controle de Procedimento; Conselho Estadual de Saúde atuando no Controle Social e também, os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, no controle de resultados. A Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo- SES contratante das Organizações Sociais de Saúde- OSS, municia a todos, acima citados dos controles administrativos financeiros, dos procedimentos, dos controles de resultados, dos contratos de gestão formulados e aceitos pelas parcerias (OSS e SES) e que é toda base formal para o

gerenciamento das OSS. (mencionado anteriormente).

## **2.2 Assembléia Legislativa de São Paulo – Controle Parlamentar**

A Assembléia Legislativa passa também por transformações após a Nova Constituição Cidadã, de 1988, que deu prioridade ao cidadão considerando os efeitos da reforma do Estado de 1995/1998, e, através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Todo esse envolvimento do cidadão e a transparência governamental são explicitados em leis aprovadas nas Assembléias Legislativas.

Os deputados, representantes do povo, constituem o elo entre o cidadão e a Assembléia. Outra atribuição do deputado é a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial do Estado. No exercício do mandato, ele tem livre acesso às repartições públicas. Pode fazer diligências pessoalmente nos órgãos de administração direta ou indireta, etc.<sup>28</sup>

Quando da criação das OSS-Organizações Sociais de Saúde pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, o controle parlamentar se fez presente nos procedimentos regulares de controle da Assembléia: audiências públicas, comissões parlamentares e controle de contas enviadas pelo executivo, realizando as seguintes etapas:

. No projeto de lei Complementar 3/98, para criação da OSS, foi realizado amplo debate entre os políticos, sociedade, universitários, professores, profissionais da saúde e demais, no âmbito da Comissão de Constituição e Justiça, para aprovação do projeto em lei complementar.

---

<sup>28</sup> Disponível em: <[www.al.gov.org](http://www.al.gov.org)>. Acesso em: 27.11.2008.

. Nas discussões contra e a favor nas plenárias o projeto das OSS recebeu 89 emendas, sendo acatadas 25 emendas, dentre elas a participação dos membros da ALESP e do Conselho Estadual de Saúde na Comissão que controla os contratos de gestão.

. Aprovação das OSS se deu em 15 de abril de 1994, em audiência pública contando com vários setores da sociedade manifestando suas opiniões; com pareceres da Comissão de Saúde e Higiene da ALESP, sobre defesa, assistência e educação sanitárias e donde se designou seus representantes para participar da Comissão de Avaliação.(Essa Comissão de Avaliação analisa todo o desempenho das OSS).

.Para controle das contas do Executivo a Assembléia instituiu a Comissão de Fiscalização e Controle, com competência para fiscalizar os atos da administração direta e indireta do Estado; verifica também a regularidade, eficiência e eficácia dos seus órgãos no cumprimento dos objetivos institucionais; opina também sobre as proposições do Tribunal de Contas.

### **Divergências políticas sobre a terceirização**

O fato de ter sido aprovada as OSS para administrar os hospitais da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, não significa total adesão política ao assunto, há sempre uma questão se desdobrando em divergências políticas, como caso abaixo:

Terceirização dos serviços públicos 08/11/08

A questão das terceirizações dos serviços da saúde no Estado é vista por alguns médicos , por alguns trabalhadores do setor e por certos parlamentares como grave ameaça à Saúde Pública alegando implicar esta no desmonte do SUS, colocando em risco o princípio consagrado pela Constituição Federal de 1988 da universalidade do acesso aos serviços de saúde como dever do Estado brasileiro. Para abordar a questão, a Comissão de Saúde da ALESP realizou, em 11/12/07, audiência pública que teve como resultado o encaminhamento de representações ao Ministério Público Estadual e Federal pelo deputado Uebe Rezeck (PMDB). Solicitando liminar contra a terceirização do laboratório do Hospital Emilio Ribas. Na sequência, ainda por sugestão do referido parlamentar, foram encaminhadas representações, ao Ministério Público do Trabalho para deter desvio de função de seus servidores.

O presidente da Comissão de Saúde , Adriano Diogo, disse que estava em curso uma crescente “publicização” (passagem do setor público ao setor privado) dos equipamentos públicos de saúde com fatiamento dos serviços prestados à comunidade. Esses serviços “privatizados” seriam geridos através de organizações sociais e oferecidos pelos ambulatórios médicos de especialidades, que não precisam atender às leis de licitações e de responsabilidade fiscal, não são obrigados a realizar concursos públicos para preenchimento do quadro funcional e nem são submetidos ao controle social pelo Conselho Estadual de Saúde.

Levanta-se ainda suspeita de que determinadas empresas possam ser favorecidas por contratos com as OSS para assumirem a gestão dos laboratórios terceirizados. A questão foi comentada pelo deputado Luis Carlos Gondim (PPS), que também destacou a situação dos funcionários dos laboratórios terceirizados.

O Sindicato de Saúde do Estado de São Paulo- Sindsaúde fez um estudo que sugere favorecimento de empresas ligadas à Diagnóstico da América S/A (Dasa), proprietária de várias marcas de serviço de saúde, como Laboratório Delboni Auriemo, segundo informou o presidente do mencionado sindicato, Benedito Augusto de Oliveira. O relatório, com as conclusões do estudo, foi entregue aos parlamentares da Comissão.

Embora o assunto sobre as OSS-Organizações Sociais de Saúde tenha sido amplamente discutida em plenário da Assembléia, com vários segmentos da sociedade e governo resultando em aprovação das OSS prestando serviços aos hospitais da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, em audiência pública, em 15 de abril de 1994, o assunto não termina aí. As posições políticas continuam firmes e suas interpretações contrárias (terceirização da mão de obra pública, com a privatização do governo, redução do Estado, privatização da Saúde com a quebra da Universalidade do SUS- Sistema Universal de Saúde) ou a favor daqueles que a implementaram, fazem parte do jogo político entre partidos, entre os poderes públicos e entre a sociedade. Nada é definitivo! Principalmente no jogo político. O segundo tempo desse jogo político avança e caminha também nas opiniões de alguns e sobre a impossibilidade do setor público conviver com o terceiro setor, por entendimento político-ideológico sobre várias razões éticas, administrativas, operacionais, e demais. A sociedade plural acompanha o jogo e se pronuncia. A expressão democrática é assim: partidos políticos se opõem ou se coligam e o povo recebe as benesses ou não de um projeto aprovado.

Por outro lado, todos os mecanismos de controle dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário supõem-se que estão à postos para interferirem em atos contrários e

delituosos na execução e na permanência do projeto realizando tarefas para as quais foi concebido.

O Governo, o setor público evolui sua capacidade política, democrática, organizacional e mecanismos de controles para amparar a gestão não pública inserida no setor público. Conclama o controle social, seus órgãos públicos para ampararem a permanência do projeto e de se cobrarem mutuamente a eficiência e eficácia da realização objetivada, pretendida e aprovada pela maioria.

O que parece existir é uma penumbra na transparência desses resultados, quer sejam econômico-financeiro, operacional, e de atendimento ao cidadão.

O governo (SES) quer ser eficiente e traduz isso através de todos os controles e o contrato de gestão mas existe um receio de exposição em demasia de seus resultados com as OSS até para os seus pares no governo, quanto mais para os seus adversários políticos e população. O que existe também é um jogo político entre os componentes do mecanismo de accountability horizontal de amparar, de dar um tempo, ao seu companheiro político para o acerto das incorreções. Isso já ocorreu na Assembleia Legislativa, na Comissão de Avaliação e no Tribunal de Contas quando do não recebimento de prestação de contas de um determinado hospital administrado por OSS.

Por outro lado, verifica-se o acompanhamento da SES na tarefa de corrigir os rumos de atuação das Oss, na padronização das informações e nos sistemas integrados de informações, alcançado a Rede WEB, dando agilidade e melhorando o tempo de resposta ao cidadão.

## 2.2 Tribunal de Contas do Estado de São Paulo – Controle burocrático

A partir da Constituição Federal de 1988, da reforma do estado, 1995/98, e das novas práticas gerenciais públicas (NGP), os órgãos do governo, o Tribunal de Contas realizaram várias reformas, adaptações para poder operar agilmente, com eficiência e eficácia nas novas modalidades de controle e de responsabilização atendendo os novos rumos de desempenho das relações contratuais mantidas entre os setores públicos e com setores não-governamentais e privado, via contrato de gestão considerado um importante instrumento de fiscalização constituindo em um dos principais mecanismos institucionais através dos quais os governos podem controlar os agentes econômicos e os cidadãos podem controlar os governos.

O Tribunal de Contas do Estado de São Paulo atua na fiscalização contábil, financeira orçamentária, operacional e patrimonial do Estado de São Paulo e de seus Municípios, exceto o da Capital, bem como na das respectivas entidades de administração direta e indireta e na das fundações por eles instituídas ou mantidas, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação de subvenções e renúncia de receitas. A jurisdição do Tribunal de Contas do Estado alcança administradores e demais responsáveis por dinheiro, bens e valores públicos, além das pessoas físicas, ou jurídica, que, mediante convênios, acordos, ajustes ou outros instrumentos congêneres, apliquem auxílios, subvenções ou recursos repassados pelo Poder Público.

---

<sup>29</sup> Disponível em: <[www.tce.org.br](http://www.tce.org.br)>. Acesso em: 27.11.2008

A Secretaria de Estado de Saúde envia toda documentação das Organizações Sociais de Saúde para análise do Tribunal de Contas do Estado que auxilia a Assembléia Legislativa no controle das OSS.

Anteriormente o Tribunal de Contas só auditava as contas públicas, mas após inclusão dessa nova atribuição, o controle das OSS, foi necessário elaborar e publicar novas instruções normativas TCE 04/98, da especificidade de matéria sem precedentes. Para tanto o TCE passou por fases de “treinamento” indo aos hospitais para conhecer e avaliar a nova forma de administração das OSS.

São realizadas auditorias constantes nos procedimentos administrativos e nos contratos de gestão nos hospitais e ocorrendo irregularidades os interessados serão instados a responder ou justificar as incorreções.

O Tribunal de Contas revela que a novidade (OSS) fez com que ele se especializasse em auditoria ao Terceiro Setor e encontrando várias irregularidades que deverão ser sanadas , principalmente em ONGS.

O Tribunal de Contas faz trabalho de auditoria nas contas das OSS e Secretaria da Saúde nos relatórios de atividades-produção, balanços e relatórios de resultados, após tal procedimento envia para Assembleia Legislativa para julgamento da Comissão de Avaliação. Também controla todos os pagamentos efetuados pela Secretaria da Saúde para as OSS que administram os seus

hospitais, aqui representados, somente, para se ter uma ordem de grandeza a tabela a seguir fornece informações detalhadas de 2008 e total de 1998 a 2006, para custeio das atividades realizadas pelas OSS (SES):

Tabela 8 – **RELAÇÃO DOS RECURSOS REPASSADOS PELA SECRETARIA ÀS OSS**

OSS SPDM Hospital Geral de Pirajussara	5.416.666,67	São Paulo
SECONCI – Serv. Social Ind. Const. Mobile SP	9.350.650,40	São Paulo
SECONCI – Hospital Estadual de Vila Alpina	900.000,00	São Paulo
Sociedade Assistencial Bandeirantes	41.818.590,00	São Paulo
IDEM	111.128,00	São Paulo
SPDM Assoc. Pta. Desen. Medicina NGA M. Zélia	8.000.000,00	São Paulo
SPDM – Hosp. das Clínicas Luzia de Pinho Melo	62.820.000,00	São Paulo
UNESP – Campus de Botucatu	56.012.489,30	São Paulo
UNESP – Universidade Estadual Paulista	5.771,52	São Paulo
UNESP – Campus Araraquara – Fac. Ciências Farm.	242.810,08	Araraquara
IDEM Odont.	15.871,68	Araraquara
UNICAMP – Univ. Estadual de Campinas	55.411.400,00	São Paulo
<b>TOTAL 2008</b>	<b>177.285.377,70</b>	
<b>TOTAL 1998 a 2006</b>	<b>4.947.263.535,00</b>	
<b>Média Anual</b>	<b>549.695.948,30</b>	

### **Um dos exemplos de atuação do TCE**

O Tribunal de Contas do Estado de São Paulo anunciou, no último 05.11.2008, que irá realizar um levantamento de todos os processos em que figuram empresas envolvidas nas supostas irregularidades de aquisição de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, assim como de serviços de gerenciamento e abastecimento de setores relacionados com a área da saúde. A medida visa à celeridade da apuração dos fatos, evitando, com isso, graves prejuízos à rede pública de saúde do Estado de São Paulo.

Adicionalmente, o Tribunal de Contas procede à verificação da

execução de todos os contratos, independentemente da fase processual em que se encontram os feitos. Além disso, o TCESP também anunciou que irá disponibilizar ao Ministério Público do Estado de São Paulo todos os informes que sejam do interesse do órgão.

#### **2.4 Conselho Estadual de Saúde**

Em 1988, a nova Constituição brasileira consagrou os princípios da Reforma Sanitária, entre eles, o da participação da comunidade no Sistema Único de Saúde – SUS. O SUS, em si mesmo, já representa uma verdadeira reforma de Estado, pois incorpora novos atores sociais ao cenário da Saúde, garantindo a prática da democracia participativa, da descentralização e do controle social.

O Conselho Estadual de Saúde (CES), instituído pela Lei 8.356, de 20-7-93, é instância colegiada do Sistema Único de Saúde – SUS, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, conforme determina o artigo 221 da Constituição do Estado de São Paulo.

Em conformidade com as disposições estabelecidas nas leis 8.080, de 19-09-90, e 8.142, de 28-12-90, o Conselho Estadual de Saúde é instituído como instância colegiada máxima, deliberativa e de natureza permanente. O Conselho Estadual de Saúde tem por finalidade deliberar sobre: a política de saúde do Estado; a direção estadual do SUS; o regimento interno do CES e assuntos a ele submetidos

pela Secretaria Estadual da Saúde e pelos seus conselheiros.

O Ministro de Estado da Saúde – Humberto Costa estabelece novas diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, e aprova a resolução n. 333, em 4 de novembro de 2003,(revogadas resoluções do CNS de n. 33/1992 e de n. 319/2002) e que entre as considerações presentes nos argumentos da resolução, considera o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferencias de Saúde e das Plenárias de Conselhos de Saúde; e considera que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado. Define também cinco diretrizes fundamentais para sua criação, reformulação, estruturação e funcionamento.

**A Primeira diretriz,** trata da ampliação, dos Conselhos de Saúde em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando o seu controle social. Também atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

**A Segunda Diretriz** trata da criação dos Conselhos de Saúde nos níveis municipal, estadual ou federal, com base na Lei n. 8.142/90. Além disso estabelece a criação e a reformulação dos Conselhos de Saúde. Segundo esta, cabe ao poder executivo, respeitando os princípios da democracia, acolher as demandas da

população, consubstanciadas nas conferências de saúde.

**A Terceira Diretriz** trata da organização das atividades dos Conselhos dando ênfase na participação e ação do controle social.

**A Quarta Diretriz** trata da plena autonomia que os Conselhos terão no seu funcionamento, com dotação orçamentária própria, Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

**A Quinta e última Diretriz** provê a definição das competências dos Conselhos de Saúde, Nacional, Estaduais e Municipais e do Distrito Federal.

Numericamente podemos demonstrar também a representatividade significativa que os Conselhos de Saúde têm nas comunidades, sendo formados por profissionais da saúde, pessoas comuns e de notório saber. Hoje existem aproximadamente: 5.537 Conselhos da Saúde Estaduais e Municipais em 5.560 Municípios do Brasil.

Tal número de Conselhos quase alcança o número de municípios existentes, o resíduo deve pertencer a cidades de gestão incipiente.<sup>30</sup> No entanto, o número de Conselheiros é maior devido as inclusões ampliações de vários outros conselhos: distritais, regionais e locais. Embora quando se considera a representatividade dos Conselhos de Saúde ela é bastante significativa pois congrega em sua formação todos os conselheiros e os representantes de associações e da sociedade.

O Conselho Estadual de Saúde representa, em grande parte, o controle social da área da saúde ou sendo os seus participantes *stakeholders* da saúde por interferirem em demandas bastante importantes para o Sistema Universal de Saúde – SUS

---

<sup>30</sup> Gestão incipiente: é uma classificação adotada pelo SUS para qualificar os municípios que ainda precisam apresentar resultados e se enquadrarem nas normas do SUS. (NOB/SUS/96).

O Conselho Estadual de Saúde é integrante do sistema da *accountability* das OSS do Estado de São Paulo, mas conforme artigo realizado, segundo Sano e Abrucio, na Revista de Administração de Empresas (2008, p. 14) existe um afrouxamento dos mecanismos originais de controle social. “Como já ocorrera no caso da *accountability* parlamentar”, devido a participação bastante inibida de seus parlamentares e de ocorrer mais de um relato sobre a fraca fiscalização da Comissão de Saúde e Higiene, de acordo com esses autores (p 18): Embora os autores concluam que a fragilidade do controle parlamentar não ter relação direta com o modelo organizacional. “O Conselho Estadual de Saúde já se manifestou contrariamente às OSS, mas isso não teve impacto efetivo sobre a política pública, pois o Executivo não levou em consideração”.

Adicionamos ao comentário acima de que o projeto das OSS foi aprovado, na Assembléia, pela maioria, a idéia de que o Executivo não levou em consideração a posição do Conselho Estadual de Saúde, parece inadequada devido não ser de sua competência de aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, mas sim manifestou-se contrariamente ao projeto, como dito acima.

O tema do comportamento do Conselho Estadual de Saúde em relação às OSS permeia a posição de alguns integrantes do controle social, que a presidência do Conselho Estadual de Saúde deveria ser eleita pelos integrantes do Conselho e não pelo Secretário da Saúde. Vários integrantes acreditam que haja uma incompatibilidade de ação entre um e outro.

.O que deve ser considerado é que as gestões dos Conselhos de Saúde devem possibilitar uma melhor direção para os rumos da política de saúde pública e a efetivação delas nos Estados e Municípios e Federação.

O Conselho Estadual de Saúde (CES) é composto por representantes de diferentes setores (público, privado, usuários e trabalhadores) e presidido pelo Secretário Estadual de Saúde, é uma das principais instâncias responsáveis pelo controle social das ações na área. Essa atividade inclui também o acompanhamento e a avaliação das OSS de saúde. (Abrucio e Sano) jul/set/2008, p. 14.

Essa composição de representantes é formada por:

**I) Poder Público**

Secretaria de Estado da Saúde

Secretários Municipais de Saúde

Universidades do Estado de São Paulo

**II) Prestadores Privados de Serviços de Saúde**

Entidades Filantrópicas

Entidades com Fins Lucrativos

**III) Representação dos Profissionais de Saúde**

Representantes dos Sindicatos de Trabalhadores na Área da Saúde

Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional

Associações de Profissionais de Saúde

**IV) Representação dos Usuários**

Centrais Sindicais

Setor Empresarial

Associações de Portadores de Patologias

Associações de Portadores de Deficiências

Movimentos Populares de Saúde de São Paulo

Associações de Defesa de Interesse da Mulher

Associações ou Movimentos Populares de Defesa do Consumidor

Associações de Moradores

Programa ou Movimento Religioso de Defesa da Saúde<sup>31</sup>

A relação acima demonstra a participação popular nos Conselhos Estaduais de Saúde e esses autores consideram que, se essa participação for estimulada, poderá apresentar um eficaz controle social, via representações públicas e/ou ouvidorias.

O Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo mostrou – se contrário à criação das OSS para administrar os hospitais do Estado de São Paulo e revela ainda pelos estudos em andamento que a questão ainda não terminou. Assim, em sua 165 reunião realizada em 14 de novembro de 2008, o assunto sobre avaliação das OSS- Organizações Sociais de Saúde retorna em pauta constando da ata dois debatedores Dr. Carlos Neder (vereador do município de São Paulo) e Dr. José da Silva Guedes (ex-secretário da SES e Prof. da Faculdade de Ciências Médica da Santa Casa de São Paulo e Membro do Conselho da SES) sobre o tema: “A sua visão sobre as OSS-Organizações Sociais de Saúde enquanto modelo de gerência de estabelecimento de saúde”.

Dr. Carlos Neder, a partir do tema, questiona o custo dos serviços das OSS e disse

---

<sup>31</sup> Disponível em: <[www.ces.org.br](http://www.ces.org.br)>. Acesso em: 03.09.2008

ainda não existir comparativo de custo que se possa afirmar que são melhores que os demais praticados. Afirma também que existem diferenças importantes das leis das OSS, do ponto de vista da União, Estado e do Município prestando serviço para a Saúde. Acrescenta que o município de São Paulo está contratando ONGS para os serviços e criando parcerias com OSS para equipamentos (hospitais) antigos e não novos, e ele teme que com a diversidade de procedimentos o Estado de São Paulo possa trilhar o mesmo caminho. A falta de padrão nessa esfera pode gerar comprometimento e abusos entre contratante e contratado.

Dr. José da Silva Guedes relata a origem da contratação das OSS e afirma que não existe nada fora da lei complementar 846/98. Afirma haver também uma linha de pensamento no Conselho Estadual de Saúde que não quer reconhecer a existência das OSS administrando os novos hospitais da Secretaria de Estado de Saúde. Reafirma que a Secretaria de Estado de Saúde - SES com a lei complementar foi bastante rígida quando estabelece que somente hospitais novos poderão ser administrados pelas Organizações Sociais de Saúde – OSS. E que, quanto aos custos, eles foram estudados por empresas do ramo e serviram de base para os contratos de gestão. Os contratos de gestão usam essa base de custeio para negociar os contratos.

Com esse exemplo, pretendemos demonstrar que embora o Conselho Estadual de Saúde talvez não queira ou não queria reconhecer a existência das Organizações Sociais da Saúde – OSS trabalhando para Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – SES, no entanto é assunto de pauta, ainda, nas divergências conceituais entre as fundações e organizações sociais na prestação de serviços à Secretaria de Saúde, embora tal assunto tenha já sido discutido e aprovado em assembléia, 15 de abril de 1994, mas, como o tema ainda é

recorrente, apresentando vários graus de insatisfação e denúncias cabe ao Conselho colocar o assunto em pauta e os seus membros representantes da sociedade cumpram o papel de *stakeholders* da Saúde dentro dos mecanismos de *accountability* horizontal.

O Sindsaúde-SP, (Representações dos Usuários) participante do Conselho Estadual de Saúde relata sobre a atuação das OSS, via relatório emitido em dezembro/2007, sob o título: *Dossiê terceirização dos laboratórios públicos estaduais*. “O Sindsaúde-SP (Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde no Estado de São Paulo) 05/12/07, entrega ao Conselho Estadual de Saúde o dossiê para análise e emissão de parecer considerando as avaliações dos outros representantes membros do Conselho”.

Após entrega do Dossiê ao Conselho Estadual de Saúde o trajeto do dossiê será aquele dos mecanismos de controle horizontal determinados pelo sistema da *accountability* :

1. Conselho Estadual da Saúde; trabalha com os representantes da sociedade, o controle social, considerando os amplos aspectos de uma política social, no projeto, na implantação e na execução dessa política, analisando a qualidade e quantidade em confronto com propostas similares.
2. Tribunal de Contas; trabalha com auditagem nas OSS, desempenhando um papel de controle nos procedimentos de acordo com o contrato de gestão e os pagamentos realizados pela Secretaria da Saúde.

3. Assembléia Legislativa de São Paulo, após aprovação legal do projeto acompanha o seu desenvolvimento e analisa as denúncias e os fatos na Comissão de Investigação da Assembléia.

Se os fatos relevantes levarem a conclusão de ato lesivo ao patrimônio do Estado, dolo ou improbidade administrativa instaura-se um processo.

Dentro do que foi pesquisado nesse capítulo parecer existir uma atuação inibida de todos os órgãos que formam o mecanismo da *accountability* horizontal, no processo SES x OSS, por várias razões, mas principalmente pela introdução da NGP e de novos conceitos gerenciais onde deve prevalecer uma conduta liberal “que há alguns direitos que não devem ser usurpados por nenhum poder incluindo , em especial , o Estado”,<sup>32</sup> quando se avalia tais situações pelo prisma dos resultados. Mas antes de só avaliar pelos resultados quantitativos deve-se avaliar a qualidade dos serviços prestados ao cidadão.

O componente republicano também é identificado “ no cumprimento dos deveres públicos uma atividade enobrecedora que requer uma cuidadosa sujeição à lei e um devotado serviço ao interesse público, mesmo que à custa de sacrificar os interesses privados dos mandatários”<sup>33</sup>. Mas na verdade o que deve existir são as organizações públicas através de seus dirigentes cumprindo o impulso mais verdadeiro e quase impossível da “igualação democrática”.

Ao que parece os sistemas de controles estão bem ordenados e caminha nas esferas governamentais e também parece apresentar consistência numérica nos seus resultados.

---

<sup>32</sup> O'Donnell, p. 30 (Lua Nova n. 44 -1998)

<sup>33</sup> O'Donnell, p. 30/31 (Lua Nova n. 44 – 1998)

Deve se ressaltar que não deixou de existir nessa esfera governamental foram as modificações positivas nos instrumentos, no decorrer do processo abrangendo o período de 1998 a 2008, após a implantação. Exemplo disso é a mudança no contrato de gestão fortalecendo controles com padronizações das informações e sistematizando e informatizando via WEB os dados assim disponibilizados. Também a nova resolução para atuação do Conselho de Saúde n. 333 de 4 de novembro de 2003, estabelece cinco novas diretrizes, dando mais rigor e competência, no fortalecimento do controle social e revoga as Resoluções de n. 33/92 e a 319/2002. Ademais, o TCE cria novas rotinas e procedimentos para atender o terceiro setor.

Pode-se inferir desse comportamento, dessa evolução, que o sistema horizontal deve estar atuando em linha na gestão das OSS –Organizações Sociais de Saúde para prestar serviços aos hospitais da Secretária de Estado de Saúde de São Paulo, bem como ao cidadão. Além disso, é digno de nota que o sistema aperfeiçoar-se-à com a prática , através de revisões sucessivas.

## CAPÍTULO 3

### MECANISMO DE *ACCOUNTABILITY* VERTICAL

O mecanismo de controle vertical e horizontal representa as duas dimensões do sistema, de *accountability*, que em português pode ser traduzido por responsabilização, melhor dizendo, prestação de contas. O controle vertical valida um dos atributos mais importante da democracia que é a expressão de votos do cidadão , demonstrando ao país e externamente que os seus cidadãos podem exercer o direito de escolher o seu governante; de se expressar; de influir nas decisões públicas.

Isto implica a existência de diversos mecanismos que permitam aos cidadãos tanto reivindicar demandas diversas como denunciar certos atos dos agentes públicos.

O'Donnell esclarece [...] Também por definição, a liberdade de opinião e de associação, assim como o acesso às variadas fontes de informação permitem articular reivindicações e mesmo denúncias de atos de autoridades públicas. Isso é possível graças à existência de uma mídia razoavelmente livre, também exigida pela definição de poliarquia. Eleições, reivindicações sociais que possam ser normalmente proferidas, sem que se corra o risco de coerção, e cobertura regular pela mídia ao menos das mais visíveis dessas reivindicações e de atos supostamente ilícitos de autoridades públicas são dimensões do que chamo de “*accountability* verticais”.

Além das eleições, os controles verticais se municiam dos controles

sociais, via associações, conselhos, onde o indivíduo ou grupos podem se fazer representar junto aos órgãos de governo as suas reclamações acerca de qualquer situação que não esteja de conformidade com a lei e com a Constituição.

O mecanismo de controle vertical para as OSS da Saúde do Estado de São Paulo é constituído formalmente pela Ouvidoria . Esta não somente incrementa a *accountability* horizontal, exercendo controle direto sobre as atividades do Estado sobre os seus órgãos, mas, também contribui, como função precípua , para o fortalecimento dos mecanismos de *accountability* vertical, sendo um dos principais elementos uma vez que produz informações e estatísticas sobre as atividades do Estado, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em relação as Organizações Sociais da Saúde e Sistema Único da Saúde – SUS. A Secretaria deve produzir relatórios semestrais estatísticos para sua gestão e de governo dos processos de ouvidoria.

### **3.2 Ouvidoria/Ombudsman**

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que qualquer poder executivo pode por lei ou decreto implantar a sua Ouvidoria. Se fosse mantida a centralização como Ouvidoria Geral reportando-se ao Parlamento, não teria a proximidade desejada que estimulasse o cidadão a participar, não cumprindo o seu papel político. Dessa forma, o ouvidor torna-se representante direto do cidadão, o cidadão tem ascendência sobre o ouvidor. Hoje, o ouvidor defende o cidadão. E o cidadão deve pressionar o ouvidor, de modo a obter respostas à sua questão, queixa, denúncia, dentro do aprazamento das respostas, como também elogios e

agradecimentos aos serviços prestados. A pressão exercida sobre o ouvidor pode identificar o bom ou o mau serviço do órgão público.

A Lei Estadual 10.924, de 20 de abril de 1999<sup>34</sup>, de defesa do usuário do serviço público, e o Decreto 44.074, de primeiro de julho de 1999, regulamentam a composição e define as competências das Ouvidorias de Serviços Públicos. O governo do Estado de São Paulo definiu que todas as secretarias e órgãos do governo tenham o seu canal de acesso com o cidadão – Ouvidoria – formando uma grande rede centralizada na Casa Civil do Governo, gerando relatórios semestrais para o governo tomar ação sobre assuntos relevantes, de cada secretaria ou órgãos do governo.

Há outra forma de aquilatar a qualidade dos serviços prestados nos hospitais administrados pelas OSS. Existe um livro de ocorrência na recepção dos hospitais para os pacientes formularem seus pedidos, queixas, denúncias e avaliações sobre o atendimento hospitalar que é parte do SAU – Serviço de Atendimento aos Usuários, onde possui um funcionário indicado para atendimento ao usuário e responsável pela organização do sistema de reclamações. Existe também o Índice de Satisfação dos Usuários onde são realizadas mensalmente entrevista com o mínimo de 10% nos pacientes internados e em primeira consulta ambulatorial. Dr. Barradas, Secretário de Saúde, informa que os resultados obtidos apontam um nível de satisfação dos usuários é de 80% a 90% de aprovação.

No total, só na área pública, o Estado de São Paulo agrega, segundo informações oficiais do governo estadual, cerca de 170 ouvidorias, sendo 26 entre as concessionárias de serviços públicos.

---

<sup>34</sup> Lei 10.924 de 20/abril/1999 – Lei de Proteção e Defesa do Usuário do Serviço Público do Estado de São Paulo. Disponível em: <[www.abosaopaulo.org.br](http://www.abosaopaulo.org.br)>. Acesso em: 28.11.2008.

Recentemente (2004), foi lançado decreto reforçando a lei, o qual determina a apresentação de relatórios pelas Ouvidorias para seus órgãos superiores a cada seis meses.

Segundo o art. 9 da Lei 10.924 de São Paulo, a primeira tarefa do ouvidor é analisar a procedência de uma manifestação do cidadão. A pessoa reclama, queixa-se, sugere ou denuncia e o primeiro papel do ouvidor é, com o olhar do reclamante, avaliar o atendimento prestado pela organização. A partir daí, abre expedientes administrativos para verificar a ocorrência e corrigi-la.

Em alteração recente da lei 10.924, no seu artigo 8, a Lei n. 12.806, de 1 fevereiro de 2008, projeto de lei de n. 1113/2007, do Deputado Mozart Russomanno-PP, acrescenta : parágrafo 3 – Os prestadores dos serviços públicos a que se referem os parágrafos 1, 2 e 3 do artigo 1 desta lei, afixarão em local de ampla visualização, em todas as instalações e estabelecimentos de acesso permitindo aos usuários, comunicação visual adequada com utilização de placas facilmente legíveis sobre os números de telefones, outras vias eletrônicas e endereços das respectivas ouvidorias. (publicada em D.O.E. de 02.02.2008 – Seção I – pag. 01). Essa mudança dá mais vigor as determinações do governo como também alerta ao cidadão da sua possibilidade real de reclamar através de seu canal de comunicação com os órgãos públicos.

O conceito de Ouvidoria, hoje, é uma ferramenta de consolidação da democracia e um dos instrumentos eficazes, eficientes e rápidos para movimentar a rede de *accountability*. É parte integrante do mecanismo de controle vertical, sendo um canal de participação do cidadão em relação às organizações. O ouvidor deve representar o cidadão junto à organização, e ser imparcial e eficaz na resolução de

conflitos.

### **Implantação do Serviço de Ouvidoria na Saúde**

A implantação do serviço de ouvidoria nos serviços da saúde foi realizada primeiramente: “A **Ouvidoria do Sus** como instrumento de garantia dos direitos dos cidadãos, enquanto usuários dos serviços de saúde públicos ou privados, no **Sistema Único de Saúde – SUS-SP**, foi instituída em junho de 1996 com a criação do Serviço **DISQUE-SUS** que funcionou como piloto para implementação da **Ouvidoria da Saúde**.”

Esta Ouvidoria respondia a uma demanda da 2<sup>a</sup>. Conferência Estadual de Saúde, realizada em junho de 1996, que recomendou a regulamentação de diversos dispositivos do Código de Saúde do Estado de São Paulo. Para tanto, criou-se um Grupo de Trabalho que contou com a participação do professor Paulo Antonio de Carvalho Fortes, Dra. M. Thereza Vargas Escobar F.C, sob a coordenação da professora Elza Ferreira Lobo, funcionando junto ao Conselho Estadual de Saúde de São Paulo.

Em 20/04/99 foi aprovada a Lei n. 10.294 – **SEDUSP – SISTEMA ESTADUAL DE DEFESA DO USUÁRIO DE SERVIÇOS PÚBLICOS**, que institui as Ouvidorias dos Serviços Públicos do Estado de São Paulo, tendo como objetivos:

- a defesa dos direitos fundamentais dos cidadãos contra ações indevidas referentes à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde prestado pelo SUS/SP;

- a garantia da melhoria da qualidade do funcionamento e organização da administração pública e do sistema estadual de saúde;
- a garantia de transparência e o controle social da administração pública e do sistema estadual de saúde.

A **OUIDORIA DA SAÚDE** é um canal de acesso à população para queixas, reclamações e denúncias de violações de seus direitos enquanto **usuários do SUS/SP**, sendo um instrumento voltado para a garantia da melhoria da qualidade do funcionamento e da organização do **Sistema Único de Saúde – SUS/SP**.

Nesses últimos anos, nas diferentes administrações municipais, estaduais e federais, vem crescendo o interesse pela figura do **ouvidor**, isto se deve a maior visibilidade e maior clareza dada ao seu papel de apoio aos gestores.

### **O processo de inclusão cidadão !**

Pragmaticamente podemos considerar que a inclusão do cidadão também se faz quando algum canal de informação governamental, principalmente a WEB tem destinação para o cidadão, ou quanto esse mesmo cidadão consegue participar de alguma iniciativa popular que o leva conhecer detalhes da administração pública. Considerando que os efeitos da informação e da prática faz crescer do número de eleitores mais qualificados, podemos supor que esse pode ser o caminho da inclusão do cidadão na atitude e na participação da accountability vertical. Assim sendo, além da Ouvidoria, instituição de caráter formal e regulamentada, outros mecanismos ativam informalmente a prestação de contas pelo Estado, por seus próprios atos, na área da saúde em geral e, em particular, quanto às OSS.

Dentre tais mecanismos, destacam-se: O “Projeto Cidadão”, hoje já implantado como “Cidadão SP” e os Serviços Voluntários, vinculados ou não à Comunidade Social. Tais institutos realizam ação direta sobre o cidadão capacitando-o melhor para entender quais são os seus direitos e como deve participar das instituições políticas e sociais. Tudo isso pode ajudar a concretizar um sentido de maior inclusividade na sociedade, através do controle social, mas também criar a possibilidade de obter um melhor controle vertical com maior participação do cidadão, (como eleitor e nas ouvidorias), dando ao cidadão o direito de reclamar, sugerir e elogiar os serviços ofertados e também em outros desmembramentos da participação popular.

### **3.3. Associações vinculadas à Saúde**

Entendemos que as associações de diabéticos, aids, hanseníase, AVC, portadores de deficiência física, hipertensos, câncer, hepatite C, hemofílicos, e outras tantas, cumprem o papel de cobradores do sistema de saúde, sobre a política de saúde para cada tipo de enfermidade, na prevenção, no tratamento clínico e medicamentoso. Todas as associações são atuantes em defesa da sua saúde e de seus familiares, produzindo certa demanda e efetivação de accountability vertical.

### 3.4 Projeto Cidadão – (Cidadão SP)

O Projeto Cidadão foi um dos projetos arrolado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995) de modo a se constituir mais um formato ou canal para inclusão do cidadão. Segundo Bresser Pereira (2002, p. 327),

O Subprograma de Atendimento ao Cidadão consiste em um conjunto de projetos que pretende transformar o cidadão no foco principal de atenção do Estado. Está estruturado em três componentes: a implementação do Serviço Integrado de Atendimento ao Cidadão (SACS), que busca aumentar a oferta, a qualidade e a produtividade de serviços públicos, em diferentes estados do país, concentrando em um único local, uma série de serviços altamente demandados pela população, tais como: carteira de identidade, passaporte, pagamento de imposto. A Comunicação Social, que pretende ter a opinião pública como indicador de êxito e como redirecionador da reforma, desenvolvendo uma estratégia de comunicação que informe e comprometa a participação, tanto da sociedade civil quanto dos servidores públicos; e a preparação de projetos e estudos em cidadania e modernização do Estado, que financiará seminários, estudos e projetos inovadores no âmbito da cidadania e da modernização do Estado.

Iniciou-se a sua implantação no governo federal de Fernando Henrique Cardoso como um canal de comunicação do governo com o cidadão, apresentando todos os serviços e atividades desenvolvidas pelo governo e retirando, na medida do possível, todos os intermediários (cartórios) para se proceder a uma retirada de guia e/ou certidão de pagamento ou débito, com menos custo e mais rapidez.

Os serviços arrolados nesse projeto são vários na escala federal e

estão à disposição em vários *sites*, e/ou portal de cada ministério, principalmente o Ministério do Trabalho e Ministério de Justiça. Ou seja, as informações encontram-se a disposição do cidadão!

No governo do Estado de São Paulo existe uma relação de serviços colocados à disposição da população após a implantação da reforma do estado (1995/1998). Os mais conhecidos são: Poupatempo, PROCON, Junta Comercial, embora nos itens à frente temos os setores que dizem respeito ao trabalho desta dissertação: Cuidando da Saúde: Drogas, Transplantes, Farmácia Dose Certa, Doação de Sangue, SUS, Atividades Físicas, Hospitais, Farmácias e Vacinação. Garantido Meus Direitos: Centro de Cidadania, Centro de Apoio à Vitima, Junta Comercial, PROCON, Legislação, Direitos da Mulher, Diário Oficial e Constituição. São vários serviços e informações à disposição do cidadão.

E para qualquer reclamação ou denúncia o portal possibilita acesso à Ouvidoria no mesmo portal.<sup>35</sup> Pode-se pensar que esse projeto poderá, se o cidadão quiser, fazer uma avaliação do serviço de saúde, e/ou reclamação sobre o mesmo.

Após a reforma do governo foram criadas Ouvidorias em todos setores e em vários níveis de governo, como já mencionado acima.

---

<sup>35</sup> Disponível em: <[http://www.cidadao.sp.gov.br/ouvidoria\\_home.php](http://www.cidadao.sp.gov.br/ouvidoria_home.php)>. Acesso em: 28.11.2008.

### 3.5. Voluntariado

Em 1995, foi criada a Comunidade Solidária, sendo Ruth Cardoso responsável por essa instituição, no governo de Fernando Henrique Cardoso:

O Conselho da Comunidade Solidária deu especial atenção ao fortalecimento da sociedade civil e seu novo papel nos governos democráticos. Na época o Terceiro Setor emergiu com força, ganhou espaço e conexão com o Segundo e o Primeiro Setores. [...] Em 1997, o Conselho iniciou discussões sobre a legislação das organizações atuantes nessa área, exatamente com o objetivo de promover a reforma do Marco Legal do Terceiro Setor. Propôs, então a revisão da legislação que regula o trabalho voluntário... Também promoveu discussão e a aprovação da lei das Oscips, que cria uma nova categoria de entidades – as de interesse público.  
<sup>36</sup>

O Instituto Ethos de Empresas fez parceria com o Programa Voluntários do Conselho da Comunidade Solidária e Responsabilidade Social, para elaborar manual sobre a implementação de programas de voluntariado empresarial (Ethos).

Nesse sentido, há um movimento que se alastra entre os voluntários hospitalares para a humanização e qualidade do atendimento, dando alegria e repouso ao doente internado e verificando as condições da hospitalização nos hospitais públicos. Assim, esses voluntários hospitalares poderão ter uma conduta de *stakeholders* do sistema de saúde – de responsabilidade social – amenizando o sofrimento e melhorando as condições de atendimento hospitalar, através

---

<sup>36</sup> Disponível em: <[www.transparencia.al.gov.br/ruthcardoso/projetos-e-realizações](http://www.transparencia.al.gov.br/ruthcardoso/projetos-e-realizações)>. Acesso em: 28.11.2008

fiscalização informal “in loco” e em tempo real.

Após várias explicações sobre atividades e comportamento responsável e importante do governo sobleva a figura central do cidadão na prestação de serviços básicos, e nas informações de atendimento ao cidadão. Constata-se a presença de mecanismos formais e informais de “accountability vertical”, à disposição da cidadania e da clientela de serviços públicos, inclusive nas OSS. Quaisquer problemas de funcionamento dessas práticas, que eventualmente existam, são passíveis de aperfeiçoamento pela prática de correções sucessivas. Não se nota, portanto, a ausência de institucionalidade o que implica que os déficits de funcionamento somente podem ser imputadas `a variáveis de naturezas distintas daquelas institucionais que o presente estudo aborda.

Por outro lado, percebe que o cidadão está sendo instado a cobrar, de forma responsável, desempenho do governo. Nesse desejável círculo virtuoso, onde ambas figuras detém e processam os aspectos da responsabilização e da inclusividade e na constância de comportamentos congruentes na democratização crescente de nosso País repousa a esperança de um salto de qualidade na gestão pública responsável perante o povo!

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise e pesquisa sobre em que consiste o sistema de *accountability* e suas funções, tivemos a oportunidade de entrar em contato com sistemas complexos de saúde e o controle dela, e adicionalmente percorrer caminhos de controles burocráticos para depois encontrar um sistema de gestão gerencial que pretende ser atual, e um sistema de *accountability*, ou seja, serviços de prestação de contas.

Os mecanismos de controles horizontais e verticais estão à disposição; o sistema de *accountability* está bem amparado pelos direitos legais e institucionais, os sistemas gerenciais e a informatização do governo federal, estadual e municipal existem, possibilitam a esperança razoável de que, cada vez mais, haverá maior integração de dados, estatísticas e análises, enfocando os efeitos econômicos, financeiros, operacionais, administrativos e de gestão de resultados. Deverá haver maior planejamento das ações governamentais e essas ações poderão estar lastreadas em dados históricos, analisados, criticados, quantificados e qualificados e de conhecimento da população. Caminha-se a passos largos para a concretização do desejo do cidadão, em termos de canais de informação sobre os serviços públicos e de mecanismos de atuação conseqüente.

O caso pesquisado, As Organizações Sociais de Saúde – OSS gerenciando os hospitais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES, caso paradigmático como indicam Abrucio/Sano (2006, p. 2), para ser “o paradigma da *learning organization*”, estudando, expondo e apontando as falhas e acertos. As correções de rumo, o contato entre as áreas do governo na função de *stakeholders*,

“para que sejam acesos sinais de alarmes de incêndios aos dirigentes públicos” e a ação urgente dos responsáveis no enquadramento às leis, regulamentações, ao “contrato de gestão”, ao objetivo principal da contratação: prestar bons serviços de saúde à população através das diretrizes emanadas pelo Sistema Universal de Saúde – SUS.

Aqui e acolá parece que o desejo pode virar realidade. O que ainda talvez ainda possa não ter ocorrido foi maior transparência do governo para com a população no sentido de fornecer ao controle social, informações básicas de como a população pode cobrar *accountability*, “de quem para quem”, conforme indagam Behn e Sano. Pois, o meio condutor das reclamações, os canais, existem: as Ouvidorias: da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES.<sup>37</sup> O Portal Cidadão-SP – O Governo convida você a visitar o Portal Cidadão-SP, que reúne mais de 2 mil serviços e informações prestadas pelo governo do Estado de São Paulo, além dos serviços federais e municipais.<sup>38</sup>

Embora não saibamos precisamente o quanto as ouvidorias têm contribuído para serem os alertas dos sistemas de *accountability*, temos verificado que estão à disposição da população esses canais: não só ouvidorias, como também em cada OSS há a existência de pesquisas sobre a satisfação do cliente. E o conceito sobre a responsabilização social ganha adeptos.

Temos outros ganhos com a “publicização da saúde”, ou seja, com a privatização de setores públicos, como as Organizações Sociais de Saúde. Com isso, houve uma redução de pessoal no governo estadual, conforme artigo de Flávio

---

<sup>37</sup> Ouvidor: Elza Ferreira Lobo, fone (11) 3066-8704, e-mail [ouvidoria@saude.sp.gov.br](mailto:ouvidoria@saude.sp.gov.br), o endereço postal: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 188 – CEP: 05403-000 – São Paulo – das 8 h às 18 h.

<sup>38</sup> Para acessar o Portal Cidadão-SP clique no endereço: <http://www.cidadao.sp.gov.br> e pode fazer sua reclamação na sua Ouvidoria (do cidadão). O SUS-Sistema Único de Saúde também tem seu e-mail [ouvidorias@sus.sp.gov.br](mailto:ouvidorias@sus.sp.gov.br).

Rezende, da Fundap. Também, no artigo de Nivaldo Carneiro Júnior, médico da Santa Casa, há um destaque para se manter uma equidade no atendimento da população pelo SUS. Esse ganho decorre da terceirização de hospitais da rede pública.

Vale ressaltar que os serviços prestados pelas Organizações Sociais de Saúde aos hospitais serviram de parâmetro para a administração dos demais, modelando o gerenciamento e os controles necessários para cobrar eficiência e resultados.

A cultura da Nova Gestão Pública – NGP, no governo de Fernando Henrique Cardoso, no período de 1995-2003, deu um passo bastante importante na modernização da gestão de saúde no Estado de São Paulo. E indicou um caminho novo de como usar as informações do controle social como parceiro de um processo de aprendizado.

É claro que o mecanismo da *accountability* ainda não é suficientemente utilizado pelos usuários, sendo necessário informá-los e estimulá-los a cobrar direitos, responsabilização e prestação de contas, para que as leis que favorecem os cidadãos na área da saúde sejam cumpridas essencialmente em seu espírito.

Também quanto mais houver a participação dos cidadãos na cobrança de seus direitos, maiores possibilidades haverá de a legislação não só ser cumprida, como também aperfeiçoada. Assim, as políticas públicas e sociais estarão mais próximas das necessidades da sociedade como afirma Norberto Bobbio, 2000 p: 98. “Um dos lugares comuns de todos velhos e novos discursos, um aparente jogo de palavras, pode-se definir o governo da democracia como o governo do poder público em público”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma do Estado para cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. Brasília: Ed. 34, 1998.
2. \_\_\_\_\_. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial (Coletânea)**. São Paulo: Ed. da FGV, 1998.
3. \_\_\_\_\_. **Crise econômica e a reforma do Estado no Brasil**. São Paulo: Ed. 34, 1998.
4. \_\_\_\_\_. **Reforma do Estado para a cidadania**. São Paulo, Ed. 34, 1998.
5. \_\_\_\_\_. **O público não estatal na reforma do Estado**. São Paulo: FGV, 1999.
6. \_\_\_\_\_. **Plano Diretor do Aparelho do Estado**. Disponível em: Portal Brasil
7. . Acesso em: 28.11.2008
8. \_\_\_\_\_. **A reforma dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Apresentado no CLAD, 2000
9. \_\_\_\_\_. **Uma resposta estratégica aos desafios do capitalismo global e da democracia**. Brasília, v. 2, 2008.
10. \_\_\_\_\_. A crise da América Latina: Consenso de Washington ou crise fiscal? **Pesquisa Planejamento Econômico**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, abr. 1991.
11. ABRUCIO, Fernandes Luiz; COSTA, Valeriano M. Ferreira. Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro. **Revista de Administração Pública** , São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, n. 12, 1998. Série Pesquisa.

12. \_\_\_\_\_. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reforma. **Revista da Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41 n.spe, 2007.
13. CAMPOS, Anna Maria. *Accountability*: quando poderemos traduzi-la para o português. **Revista da Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, 1990.
14. DINIZ, Eli. **Em busca de um novo paradigma: a reforma no Brasil nos anos de 1990**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1997.
15. \_\_\_\_\_. Governabilidade, democracia e reforma do Estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, 1993.
16. DINIZ, Eli; AZEVEDO, Sergio (Orgs.). **Reforma do Estado e democracia no Brasil: dilemas e perspectivas**. Brasília: UnB/ENAP, 1997.
17. BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez Editora, 2003.
18. DRAIBE, Sônia Mirian; AURELIANO, Liana. A especificidade de Welfare State: política social em tempo de crise, articulação institucional e descentralização. **Reflexões sobre a natureza do bem estar**. Brasília: MPAS, CEPAL, 1989.
19. NOGUEIRA, Marco Aurélio. **As possibilidades da política: ideias para a reforma democrática do Estado**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
20. VELLOSO, João Paulo dos Reis. (Coord.). **O Leviatã ferido: a reforma do Estado brasileiro**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1991.
21. \_\_\_\_\_. (Coord.). **O Brasil e as reformas políticas**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1992.

22. DAHL, Robert A. **Poliarquia: participação e oposição**. São Paulo: Edusp, 2005.
23. O'DONNELL, Guilherme. *Accountability* horizontal e novas poliarquias. **Lua Nova**, Campinas, n. 44, 1998.
24. \_\_\_\_\_. Poliarquias e a (in)efetividade da lei na América Latina. **Novos Estudos**, São Paulo: CEBRAP, n. 51, jul. 1998.
25. \_\_\_\_\_. Transições, continuidades e alguns paradoxos. **Novos Estudos**, São Paulo: CEBRAP, n.51 , jul. 1998
26. \_\_\_\_\_. Democracia delegativa? **Novos Estudos**, São Paulo: CEBRAP, n. 3, out 1991.
27. BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
28. EVELYN, Levy; DRAGO, Pedro Aníbal (Orgs.). **Gestão pública no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Edições Fundap, 2005.
29. ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Pragmatismo por necessidade: os rumos da reforma econômica no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, 1996.
30. SALLUM, Júnior Brasília; SALA, Lourdes; PAULANI, Leda Maria (Orgs.). **Transição política e crise de Estado: lições da década de 80**. São Paulo: Edusp, 2000.
31. EVANS, Peter. O Estado como problema e solução. **Lua Nova** . , n. 28/29, 1993.
32. BEHN, Robert D. O novo paradigma da gestão pública e a busca da *accountability*. **Revista Serviço Público**, Localidade, v. 49, n. 10, out./dez. 1998.

33. SPINK, Peter Kevin. Possibilidade técnicas e imperativos políticos em 70 anos de reforma administrativa. In: BRESSER, Pereira; SPINK (Orgs.). **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. São Paulo: FGV, 1998.
34. NUNES, Edson de Oliveira. **A gramática política do Brasil**. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade de Berkeley, 1984.
35. ARAUJO, Marcelo; SANCHES, Oscar Adolfo. A corrupção e os controles internos do Estado. **Lua Nova**, São Paulo, n. 65, 2005.
36. ANDRE, Afonso Maristela de. Contratos de gestão e caminhos da Administração Pública. **Revista de Administração Empresa**, São Paulo, v. 35, n. 3, mai./jun. 1995.
37. NAKAGAWA, Masayuki. *Accountability*: a razão de ser da contabilidade. **Revista de Contabilidade e Finanças**, São Paulo, v. 18, n. 44, maio/ago. 2007.
38. MARQUES, Maria Conceição da Costa. Aplicação dos princípios da governança corporativa ao sector público. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 11, n. 2, abr./jun. 2007.
39. FARAH, Marta Ferreira Santos. Gestão pública e cidadania: iniciativas inovadoras na administração subnacional no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, jul./ago.1997.
40. CHEIBUB, José Antonio; PRZEWORSKI, Adam. Democracia, eleições e responsabilidade política. **Revista Brasileira Ciências Sociais.**, São Paulo, v. 12, n. 35, fev. 1997.
41. PEREIRA, José Matias. Administração pública comparada: um avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Européia. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, jan./fev. 2008.

42. COHN, Amélia. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez Editora, 1991.
43. \_\_\_\_\_. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviço**. São Paulo: Cortez Editora, 1996.
44. VIANA, Ana Luiza D' Ávila; NEGRI, Barjas (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime e Cealag, 2002.
45. ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Reforma do Setor Saúde: Brasil, saúde pública**. Washington: Woodrow Wilson Center Press, 2004.
46. MENDES, Aquiles Nogueira. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): gestão descentralizada semiplena e plena do Sistema Municipal do Estado de São Paulo. (1995-2001).
47. SILVA, Pedro L.B.; GIOVANNI G. NEPP. Núcleo de Estudo de Políticas Públicas – UNICAMP (Coords.). Análise da organização institucional do SUS, da produção de serviços de atenção à saúde e do Complexo Econômico do Setor de Saúde (Radiografia da Saúde) - 2002.
48. CARNEIRO JR., Nivaldo; ELIAS, Paulo Eduardo. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, out. 2006.
49. CORREA, Maria Valéria Costa. Controle social na Saúde – Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.
50. CACCIA BAVA, Silvio. O terceiro setor e os desafios do Estado de São Paulo para o século XXI – ONGS: identidade e desafios atuais. **Caderno Abong**, Campinas, SP: Autores Associados, n. 27, 2000.

51. OLIVEIRA, José Antonio Puppim. Uma avaliação dos balanços sociais das 500 maiores. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 4, n. 1, jan./jun. 2005.
52. \_\_\_\_\_. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e prática. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, maio/ago. 2006.
53. GOMES, Marcio Cidade. Parcerias com as Organizações Sociais de Saúde: a experiência da Secretaria de Estado de Saúde de SP. Palestra proferida em 04/06/2004, no âmbito do Programa Avançado em Gestão Pública Contemporânea, realizado na Fundap.
54. IBAÑEZ, Nelson et alii. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, 2001.
55. FERREIRA JÚNIOR, Walter Cintra. Gerenciamento de hospitais estaduais paulista por meio das organizações de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: FGV, v. 37, n. 2, 2003.
56. CARNEIRO JÚNIOR, Nivaldo; ELIAS, Paulo Eduardo. ARTIGO. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: FGV, v. 37, n. 2, 2003.
57. SANO, Hironobu. **Nova gestão pública e accountability: o caso das organizações Sociais Paulistas**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.
58. SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo. **As Organizações Sociais de Saúde em São Paulo, 1988-2002: Uma visão institucional**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Fundação Getúlio Vargas, 2003.
59. Eco, Umberto. **Como se faz uma tese**, São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.

60. Severino, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científica**, São Paulo: Cortez, 2002.
61. Weber, Max. **Ciência e Política: duas vocações**, São Paulo: Editora Cultrix, 2005.
62. \_\_\_\_\_. **Metologia das Ciencias Sociais-Parte 1 e 2** , São Paulo: Cortez, 2002

#### **DOCUMENTOS CONSULTADOS**

1. GOMES, Marcio Cidade. **Parcerias com as Organizações Sociais de Saúde**. São Paulo: SES-SP, 2004.
2. SECRETARIA DA SAÚDE. **Resultados: análise comparativa dos Hospitais das Organizações Sociais de Saúde x Hospitais da Administração Direta**. São Paulo: SES, 2004.
3. GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Organizações Sociais da Saúde – OSS**. São Paulo: Editora, mar/2006.
4. COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes. **Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
5. GOMES, Marcos Cidade. **O processo de contratualização de serviços de saúde – Organizações Sociais de Saúde: a experiência do Estado de São Paulo**. São Paulo: SES/CSS, abr. 2006.
6. NASCIMENTO, Eliana C. Verdade. **Sistema de custos hospitalares**

**implantado em hospitais públicos administrados por Organizações Sociais de Saúde – OSS.** São Paulo. Monografia do MBA do Curso Economia e Gestão – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

7. \_\_\_\_\_. **Programa de Comunicação Integrada de Marketing para o Modelo de Organização Social de Saúde, implantado no estado de São Paulo:** uma experiência bem-sucedida de parceria entre o setor público e a iniciativa privada. Monografia de conclusão do MBA (Economia e Gestão de Organizações de Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

## **LEGISLAÇÃO E ASPECTOS FORMAIS**

1. Lei n. 250, de 10 de janeiro de 2001, – Reforma Administrativa.
2. Contrato de Gestão de Parceria das OSS e SES: o governo do Estado de São Paulo o regulamentou, por meio da Lei Complementar n. 846 de 1998.
3. Contrato de Gestão de parceria das OSS x SES x SUS: Lei Complementar n. 846 de 1998, que determina a obrigatoriedade de atender exclusivamente pacientes do SUS.
4. Resolução n. 333 de 4 novembro de 2003 – Conselho Nacional da Saúde para : Definição de Conselho de Saúde ; Reformulação; Estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)