

ARTIGO

Organizações Sociais no município de São Paulo e o acompanhamento e monitoramento assistencial dos Contratos de Gestão pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP)

Natália Borges Ferreira da Silveira ¹

Secretaria Municipal de Saúde – Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde – Residente em Gestão Pública (2022)

Orientadora: Rafaela Moreira Pessotte ²

Secretaria Municipal de Saúde – Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde – Diretora de Divisão Técnica

RESUMO

Este artigo irá apresentar uma discussão sobre um tema relevante dentro da saúde pública. O presente estudo tem por objetivo caracterizar e discutir o funcionamento das Organizações Sociais de Saúde (OS) no município de São Paulo, tal qual o acompanhamento e monitoramento assistencial dos Contratos de Gestão, realizado na Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde (CPCS) através da Divisão de Avaliação e Monitoramento Assistencial (DAMA), baseada na perspectiva administrativa e na vivência de campo proporcionada pela Residência em Gestão Pública. A metodologia abarcou o levantamento bibliográfico, análise de legislação e documentos públicos. Como resultado geral da pesquisa, compreende-se que a Administração Pública tem muitos desafios na gestão da saúde pública, a ausência de estrutura e parâmetros legais abrem margem para gargalos no processo do acompanhamento assistencial dos contratos.

Palavras-chave: Organizações sociais; Reforma do Estado; acompanhamento, monitoramento, assistencial.

¹ Residente no Programa de Residência em Gestão Pública na Prefeitura de São Paulo. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-graduada em Direitos Humanos e Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fiocruz.

² Diretora de Divisão Técnica na SMS-SP. Supervisora e orientadora na Residência em Gestão Pública. Graduada em Direito pela Universidade São Judas Tadeu. Pós-graduada em Direito do Trabalho pela Damásio Educacional.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, em um contexto de crise econômica mundial e de globalização, as ideologias de redução da intervenção estatal, dos gastos públicos, da necessidade de fortalecimento do mercado e da sociedade civil ganharam legitimidade, sob a justificativa do crescimento econômico e consolidação da democracia. Esses foram os pilares teóricos de uma onda de reformas do Estado nos países centrais, desenhadas por ajustes macroeconômicos e flexibilização administrativa. O movimento refletiu de maneira significativa nos sistemas de saúde – até então pressionados devido ao encarecimento da tecnologia médica e pelo envelhecimento populacional.

No Brasil, em 1995, o marco institucional do movimento acontece no Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) que, com forte influência liberal, cria o Ministério da Administração e Reforma do Estado, cujo projeto foi sintetizado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). A partir de então, inicia-se o projeto de desestruturação gradual e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), inaugurando assim os modelos das Organizações Sociais (OS) no país, através da Lei Federal nº 9.637 de 1998, que cria a figura das OS na esfera federal para os setores de saúde, ensino, ciência, tecnologia, meio ambiente e cultura.

As OS se configuram como entidades do terceiro setor que prestam serviços por meio de contratos de gestão, celebrados com a administração pública direta, que indicam objetivos e metas a serem alcançados. Por conseguinte, o Estado abriria mão de seu papel de executor de políticas públicas para exercer a função regulatória.

Nesse contexto, os municípios brasileiros começaram a expandir o acesso aos serviços de saúde mediante parceria com as Organizações Sociais de Saúde (OS). Na cidade de São Paulo, a transferência da gestão e prestação dos serviços de saúde, para tais entidades privadas, começou através da Lei nº 14.132 de 24 de janeiro de 2006, normativa que institui o novo modelo de gestão de serviços públicos. Como justificativa, a Administração Pública entende que o principal motivo é o alcance de maior agilidade e flexibilidade na gestão municipal dos serviços de saúde, uma vez que a morosidade da máquina burocrática dificultava a rápida expansão da rede de serviços.

Constatamos que, até o término deste artigo, o município de São Paulo mantém 23 (vinte e três) Contratos de Gestão (CG) vigentes, cabe destacar que essa quantidade se refere às Redes

Assistenciais da Supervisão Técnica de Saúde, não sendo aqui contabilizados os contratos hospitalares.

Quanto ao aspecto financeiro destas celebrações, segundo o “Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior Acompanhamento Orçamentário e Financeiro 3º Quadrimestre de 2022”, documento elaborado com dados fornecidos pela Secretaria-Executiva de Regulação, Monitoramento, Avaliação e Parcerias (SERMAP) e disponível para consulta no site oficial da SMS-SP, no período citado, denota-se que foi empenhado a quantia de R\$ 10.814.819.451 (dez bilhões, oitocentos e quatorze milhões, oitocentos e dezenove mil e quatrocentos e cinquenta e um) e, desse montante, foram liquidados R\$ 10.812.874.242 (dez bilhões, oitocentos e doze milhões, oitocentos e setenta e quatro mil e duzentos e quarenta e dois).

Considerando que a cidade de São Paulo é a mais populosa do país e, acrescido dos desafios impostos no contexto de Pandemia da Covid-19, este estudo versa sobre a relação contratual estabelecida entre a municipalidade e as OS, com ênfase nas dificuldades encontradas na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) para desempenhar o acompanhamento e monitoramento da contratualização dos serviços de saúde por meio de Contratos de Gestão que, por conseguinte, impactam diretamente na viabilidade do acesso à saúde pelos usuários do sistema e na garantia do cumprimento do direito fundamental à saúde, elencado nos artigos 196 à 200 da Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Destarte, importante ressaltar que a SMS-SP reconhece diversos gargalos existentes, que refletem diretamente no acompanhamento destas celebrações e, dentre eles, o marco legal instável, corpo funcional insuficiente para o volume de contratos, fragilidades nos sistemas de informação, entre outras.

Além dos aspectos acima esmiuçados, este artigo tem por objetivo propiciar debates quanto aos desafios constatados, relacionar o marco da criação das OS no Brasil e o avanço desse modelo de gestão da saúde no município de São Paulo, temáticas respaldados por organização bibliográfica e textos legislativos sobre o tema.

O interesse pelo tema proposto nasce através da vivência experienciada como Residente em Gestão Pública, alocada na Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde – (CPCS), órgão que integra a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) e é responsável pelos contratos de gestão na saúde. Nesta oportunidade, inevitável reconhecer os percalços existentes na efetivação do controle interno, os quais serão oportunamente examinados.

Com o ímpeto de auferir possíveis resoluções para as constatações em comento, o trabalho estrutura-se em 4 (quatro) etapas: **1. O panorama da Reforma do Estado e suas implicações na criação das OS e seu marco legal; 2. A perspectiva da construção do SUS no município de São Paulo: do PAS a reintegração do SUS; 3. A estrutura da Secretaria Municipal de Saúde e a atuação da CPCS/DAMA; 4. Dos gargalos encontrados no acompanhamento dos Contratos de Gestão.**

Objetivo Geral:

- Identificar os possíveis gargalos que dificultam o acompanhamento dos Contratos de Gestão.

Objetivos Específicos:

- Explorar dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores da CPCS/DAMA na elaboração das Atas realizadas nas reuniões da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA).

- Apontar quais são os principais gargalos internos da CPCS/DAMA que dificultam os acompanhamentos das metas assistenciais dos Contratos de Gestão, celebrados entre esta municipalidade e as Organizações Sociais, cujo objeto versa sobre gerenciamento e execução de serviços em unidades de saúde da Atenção Básica.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, desenvolvido a partir de uma ampla pesquisa de literatura, análise de legislação, documentos públicos e da própria experiência de campo através da Residência em Gestão Pública.

A priori, além dos textos legais que regulamentam o tema, também serviram como alicerce os manuais internos e os documentos no Sistema Eletrônico de Informações - SEI, com o objetivo de compreender a estrutura da SMS/SP e o princípio do novo modelo de prestação de serviços de saúde. Os seguintes dados e fontes foram utilizados:

- Decreto nº 58.548, de 3 de dezembro de 2018
- Decreto nº 59.685, de 13 de agosto de 2020;
- Decreto nº 52.858, de 20 de dezembro de 2011;
- Lei nº 14.132 de 24 de janeiro de 2006;
- Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014;
- Decreto nº 57.575 de 29 de dezembro de 2016;

- Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;
- Portaria nº 2.342, de 26 de dezembro de 2016;
- Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação dos Contratos de Gestão Portaria nº 719 de novembro de 2022;
- Processo Sei nº 6018.2018/0026464-4 - Especifica regras e critérios técnicos de sistematização, avaliação e fiscalização destinados à operacionalização do Departamento de Contratos de Gestão e Convênios (Observação: A portaria encontra-se em processo de elaboração).

Saliente-se que, após os estudos concebidos, mediante os documentos supracitados, a fase final dessa pesquisa, que perdurou cerca de 9 (nove) meses, desenvolveu-se na participação (como observadora) das reuniões da CTA, realizadas pela CPCS/DAMA, referente aos contratos de gestão da Atenção Básica do município de São Paulo.

Resultados

O PANORAMA DA REFORMA DO ESTADO E A CRIAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E SEU MARCO LEGAL

A partir do primeiro ano de gestão do governo FHC (1995), iniciou-se o movimento de Reforma Gerencial do Aparelho do Estado, elaborada pelo ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, à frente do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), cujo projeto foi sintetizado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE).

A administração burocrática foi descrita pelo documento como ineficiente e patrimonialista, além de estabelecer estratégias para as diversas áreas do Estado. O PDRAE delineia a crise do Estado como uma crise fiscal, com esgotamento das estratégias de intervenção estatal e deficiência na maneira de administrar o Estado, em virtude da rigidez e excesso de normas e regulamentos (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995).

Com o intuito de solucionar a crise, inicia-se a reforma do Estado que, como principal objetivo, visava à transferência, ao Terceiro Setor, dos serviços que poderiam ser executados por organizações sem fins lucrativos e, deste modo, o Estado poderia restabelecer sua autonomia financeira e sua capacidade de efetivar políticas públicas.

“A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse movimento. (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995, p. 12)

O Plano Diretor de Reforma do aparelho do Estado projetava ser a terceira grande reforma da administração brasileira. A primeira ocorre em 1936, efetuada pelo então presidente Getúlio Vargas, com a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). A Reforma do DASP tinha como finalidade incorporar no país o modelo de administração pública burocrática, de maneira a se defrontar à administração pública patrimonialista, onde o aparelho do Estado exerce suas atividades como uma extensão do poder do soberano, não existindo a separação entre patrimônio público e o privado, conseqüentemente, dissipando a corrupção e o nepotismo.

No período ditatorial, em 1967, através do Decreto-Lei 200, a segunda reforma da administração pública foi a primeira tentativa de implementar o modelo gerencial e tinha como propósito estabelecer um molde de administração voltado ao desenvolvimento por intermédio da superação da rigidez burocrática constituída no Estado. O decreto supramencionado efetivou a descentralização funcional de distintas atividades estatais para a administração indireta, no empenho de flexibilizar a administração e imputar maior dinamismo operacional às atividades econômicas do Estado (Brasil, 1995).

O modelo de administração pública gerencial desponta na década de 1990, como resposta, de um lado, à ampliação das atividades econômicas e sociais do Estado e, de outro, ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial.

A reforma passa a ser conduzida pela ação de controle de resultados, gestão descentralizada, foco no cidadão (denominado também de “cidadão-cliente”), nos valores da eficiência, qualidade e produtividade na prestação dos serviços públicos e na gestão dos recursos humanos que atuavam no funcionalismo público.

Diante dessa conjuntura, inicia-se o processo de publicização, ou seja, a produção de serviços não-exclusivos do Estado, os quais passam a ser delegados ao setor público não-estatal ou terceiro setor, categorizando-se como uma aliança estratégica entre Estado e sociedade.

“A descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder do 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. (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995, p. 13)

No final da década de 90 é criado o então chamado Programa Nacional de Publicização (PNP), através da Lei nº 9.637 de 1998, que teve como objetivo:

“Estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação de organizações sociais, a fim de assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União, que atuem nas atividades referidas no art. 1^o (ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde), por organizações sociais, qualificadas na forma desta Lei, observadas as seguintes diretrizes:

I - ênfase no atendimento do cidadão-cliente;

II - ênfase nos resultados, qualitativos e quantitativos nos prazos pactuados;

III - controle social das ações de forma transparente.” (BRASIL, 1998)

De acordo com o PDRAE, o Estado delimita sua atuação em quatro setores: Núcleo Estratégico, Atividades Exclusivas, Serviços Não-Exclusivos e Produção de Bens e Serviços para o Mercado. O primeiro setor refere-se ao **Núcleo Estratégico** responsável por definir as leis e as políticas públicas através dos poderes Legislativo, Executivo, Judiciário, Ministério Público, Presidente da República, os ministros, seus auxiliares e assessores diretos. As **Atividades Exclusivas** estão relacionadas à prestação de serviços que somente o Estado pode realizar, como por exemplo, a cobrança e fiscalização de impostos, o poder de polícia, o serviço de trânsito e etc. Os **Serviços Não-Exclusivos** reportam-se ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. Por fim, o quarto setor do Estado de **Produção de Bens e Serviços para o Mercado** é relativo à área de atuação das empresas, caracterizado por atividades econômicas orientadas para o lucro que permanecem no aparelho do Estado, em razão à falta de capital da iniciativa privada para executar o investimento.

Organizações Sociais e seu marco legal

Nessa conjuntura, as Organizações Sociais integram os propósitos apresentados para o setor de Serviços Não-Exclusivos que, por meio do processo de publicização, objetivava

delegar para o setor público não estatal a prestação de serviços, tendo como justificativa a eficiência dos processos realizados por este setor, financiados pelo Estado.

A lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998 marca a origem das OS, no âmbito federal, para os setores de saúde, ensino, ciência, tecnologia, meio ambiente e cultura.

Portanto, Organização Social é:

Um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1998)

De acordo com dados do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), de 2009, alguns estados e municípios instituíram nos anos seguintes versões locais das legislações de OS.

A normativa, anteriormente mencionada, norteia o processo de criação e habilitação das organizações sociais nos três entes federativos. Ressalta-se que o Estado de São Paulo foi pioneiro ao adotar este modelo de gestão, através da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998 (São Paulo, 1998).

O processo de habilitação de entidades da sociedade civil como organizações sociais estabelece um grupo de requisitos de ordem jurídico-administrativa que expressa as atividades que podem ser desempenhadas por essa modalidade de gestão, os seus estatutos (que indicam a natureza não lucrativa dessas), a formação da estrutura administrativa, bem como o cumprimento à prestação de contas relacionadas às metas fixadas. Como a habilitação necessita do poder discriminatório do chefe do Executivo, na cidade de São Paulo, os legisladores decidiram pela obrigação de experiência de no mínimo cinco anos como preceito para qualificação das OS, conforme com o Decreto nº 52.858 de 2011, em seu art. 2º, parágrafo único. Esse requisito pode ter consequência direta sobre a competência de efetuar uma administração eficiente dos recursos disponíveis e, por conseguinte, sobre a consecução das metas.

Outro elemento díspar é o cuidado dos legisladores do Estado de São Paulo em reiterar o uso dos serviços de saúde geridos pelas OS para usuários exclusivamente do SUS, isto é, a vivência de São Paulo proibia a utilização da capacidade instalada desses serviços para consumidores de planos e seguros de saúde, impossibilitando a prática da “dupla porta de

entrada”. Podemos citar o exemplo da legislação de Goiás que era ausente nesse ponto, o que possibilitou ao Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (Crer) destinar 30% de sua produção para atendimento de usuários do setor privado. Contudo, essa permissão foi rescindida, por intermédio de cláusula ao termo aditivo do Contrato de Gestão firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a OS que gere essa instituição de saúde (Goiás, 2012).

No município de São Paulo, a Lei nº 14.132 de 24 de janeiro de 2006 dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, sendo pertinente citar que o modelo de Contrato de Gestão vem sendo utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS desde 2007.

Nesta senda, faz-se imperioso explicar o instrumento contratual firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas de saúde:

Contrato de gestão: é um compromisso institucional celebrado entre o Poder Público e uma entidade não-estatal (pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos), qualificada como Organização Social, com vistas à formação de parceria para fomento e execução de atividades de interesse social não exclusivas do Estado, conforme definido na Lei nº 9.637, de 1998.

É um instrumento de implementação, supervisão, acompanhamento e avaliação de políticas públicas, na medida em que vincula recursos ao atingimento de finalidades públicas.

A PERSPECTIVA DA CONSTRUÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: DO PAS A REINTEGRAÇÃO DO SUS

Nesse capítulo, trazemos um breve histórico da situação de saúde no município de São Paulo, permeando o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), até a reintegração da cidade ao SUS. Entretanto, faz-se necessário apresentar o contexto geral da construção da política de saúde no Brasil.

Previamente ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que resultou na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implantação do PAS (no nível municipal), a saúde era centralizada no poder federal, o qual dispunha os recursos e controlava a sua distribuição.

Até a década de 1980 as políticas de saúde eram incipientes e, com brevidade, trataremos das características da assistência à saúde no período colonial até a constituinte.

No período colonial (1500 – 1822) a assistência era prestada por intermédio das Santas Casas de Misericórdia e a organização sanitária era precarizada.

Na era imperial (1822 – 1889), as estruturas de saúde tinham ênfase na polícia sanitária e a gestão da saúde centrada nos municípios.

A República Velha (1889-1930) foi marcada pela criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP – 1897), que detinha as atribuições de tratamento e profilaxia das doenças transmissíveis em todo o território nacional; produção e distribuição de soros e vacinas; organização e direção dos serviços sanitários dos portos.

É relevante mencionar que nesse mesmo período foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), com a Lei Eloy Chaves (1923), responsável por definir o início da história da previdência brasileira – a criação da CAP, que tinham como propósito principal assegurar aos trabalhadores pensão ou afastamento do trabalho por doenças e, em alguns casos, a aposentadoria.

No sistema CAP a gestão dos fundos era da iniciativa privada, o governo ficava incumbido pela criação das caixas, sua regulação e funcionamento. As ações de saúde eram voltadas apenas os trabalhadores com carteira assinada (BATICH, 2004). Apesar desse contexto ainda existia a dicotomia entre saúde pública e previdência social.

A Era Vargas (1930-1945) traz os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que substituem as CAP.

A instabilidade democrática (1945 – 1964) foi o momento histórico demarcado pela criação do Ministério da Saúde (1953), das leis que unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960), da expansão hospitalar e do surgimento de empresas de saúde.

No período da Ditadura Militar (1964 -1985), em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), iniciando a fusão de todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões existentes à época. Em 1977 é instituído o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo atribuído a assistência médica aos segurados e a gestão financeira ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), além de financiar estados e municípios para expandir a cobertura.

Por fim, a Transição Democrática (1985 – 1988) instaurou novas perspectivas na assistência à saúde e dois movimentos importantes ocorrem: a ampliação do Movimento de Reforma Sanitária - nesse cenário a saúde é incluída na agenda política – e, em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

A 8ª CNS impulsionou a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – (SUDS - 1987), que tinha como finalidade propiciar o fortalecimento e o desdobramento das Ações Integradas de Saúde (AIS). As diretrizes que integravam o SUDS eram: “universalização e equidade no acesso; integralidade dos cuidados assistenciais; regionalização e integração dos serviços de saúde; descentralização das ações; implementação dos distritos sanitários; instituições colegiadas gestoras; e desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Visava democratizar o acesso aos serviços de saúde, acabar com as categorias diversificadas de cidadãos e organizar a rede sob padrões técnicos apropriados” (Noronha & Levcovitz, 1994).

A proposta principal do SUDS era a de delimitar a esfera federal às incumbências de coordenação política, planejamento, supervisão e normatização, assim como de regulamentação das relações com o setor privado. Seu objetivo primário era focalizar a atenção no processo de descentralização e de fortalecimento dos níveis periféricos do sistema, abarcando, a princípio, os Estados e prosseguindo em direção aos municípios.

Em São Paulo, o SUDS foi introduzido em 1988, concomitantemente com a municipalização.

PAS: sua criação e institucionalização

No Brasil, a instituição do SUS nas grandes capitais foi marcada por desafios complexos. No município paulistano, principal capital econômica do país, a chegada do Sistema Único foi um processo arduo. Embora a cidade de São Paulo ter iniciado um caminho alinhado às ideologias do SUS, no final da década de 1980, a partir dos anos 1990, ocorre a descontinuidade, indo na contramão do que aconteceu em outros municípios e capitais de grande porte.

Até 1988 a SMS-SP estruturava seu sistema de saúde de forma centrada em duas configurações departamentais: o Departamento de Saúde da Comunidade, responsável por gerir os postos de atendimento médico, e a Superintendência Médico-Hospitalar de Urgência, que administrava prontos-socorros e hospitais.

A gestão municipal da prefeita Luiza Erundina (1989-1992) articulou uma reestruturação da Secretaria de Saúde, descentralizando suas incumbências político-administrativas em 10 Administrações Regionais de Saúde e 32 Distritos de Saúde que, devido a descentralização orçamentária e financeira, alcançaram relativa autonomia e celeridade para gastos, englobando a contratação de recursos humanos.

Consequentemente, pode-se dizer que São Paulo não aderiu ao SUS durante a maior parte da década de 1990, com o início do mandato da prefeita Marta Suplicy (2001), apesar de todos esses anos de retrocesso, o SUS em sua articulação federal, estadual, municipal e popular, retoma nessa cidade.

Os anos de 1993 a 1996 sinalizaram uma forte tendência a orientação generalista, uma nova política de gestão pública é elaborada, fundamentada pela justificativa da necessidade de expandir a eficiência da máquina pública.

Diante dessa conjuntura, em janeiro de 1996, o PAS foi implementado. O projeto originário deste plano foi elaborado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da USP (FIPE), fundamentado em estudos produzidos a pedido da Secretaria Municipal do Planejamento.

De acordo com os estudos realizados pela FIPE, constatou-se que o modelo de gestão da saúde naquele período era ineficaz, em virtude da acentuada centralização no financiamento, falta de autonomia e coordenação no âmbito do nível operacional. Esse contexto, para os autores do documento, possibilitaria fraudes e dificultaria a alocação eficiente dos recursos disponíveis.

A partir da constatação da FIPE foram originados os modelos de gestão de serviços de saúde por meio de cooperativas, dando início à terceirização de serviços que, até então, eram exclusivas do Estado.

Findada a formulação do projeto e após o aval da Secretaria Municipal de Saúde, o PAS é anunciado e implantado por determinação do prefeito Paulo Maluf.

O estágio de pré-implantação foi marcado por momentos conturbados, um deles foi a não aceitação do PAS por parte do Secretário de Saúde de São Paulo e, conseqüentemente, a sua substituição na pasta pelo Secretário de Transportes – Getúlio Hanashiro. Logo após, Maluf transmite aos municípios que não tinha conhecimento sobre o plano, que não seria submetido à Câmara e que o processo seria realizado por meio de licitações para selecionar as cooperativas.

Nesta senda, em 05 de abril de 1995, o prefeito cria o PAS por intermédio de decreto (n.º 35.036). Entretanto, o Tribunal de Justiça suspende alusivo instrumento, uma vez que não foi submetido e aprovado pela Câmara Municipal.

Seguidamente à toda pressão da gestão municipal, o plano é aprovado pelo Poder Legislativo e sancionado em 12 de setembro, tornando-se lei municipal nº 11.866 e publicado no dia seguinte no Diário Oficial.

Sua fonte de financiamento era os recursos da pasta, destinados a cada módulo por mecanismos de capitação, que tinha a seguinte lógica de funcionamento: a princípio, por

população estimada, que conseqüentemente deveria progredir para população definitivamente cadastrada. Vale destacar, que depois de denúncia e coação do Conselho Municipal de Saúde, o Ministério da Saúde interrompeu seus repasses financeiros para o município, com isso o plano era gerido com recursos oriundos, quase exclusivamente, da receita da própria cidade de São Paulo.

Cabe ressaltar que neste cenário, o PAS foi marcado por diversas críticas, que abarcavam desde a falta de esclarecimento sobre o plano por parte da gestão municipal, a privatização do setor da saúde, a ilegalidade do plano por não ter tido o aval legislativo no ato de sua realização, até a “fragilidade” no cumprimento do princípio da universalidade e igualitário a saúde, visto que o plano restringe o atendimento à população residente em São Paulo.

Posteriormente a implantação do PAS, por intermédio da Lei nº 11.866, de 13 de setembro de 1995, é importante salientar os seguintes decretos: Decreto nº 35.726, de 16 de novembro de 1995 e o Decreto nº 35.736, de 6 de dezembro de 1995, que criam o primeiro módulo de atendimento Pirituba/Perus.

De acordo com Cohn e Elias (1998), o modelo de assistência à saúde desenhado pelo PAS, firmava-se num projeto de três linhas conexas:

- Coparceira na gestão dos serviços de saúde, na qual a prefeitura entra com os bens móveis e imóveis e as entidades privadas (cooperativas de trabalho) participam com o fornecimento dos recursos humanos.
- Estrutura de cooperativa de trabalho, o que possibilita a flexibilização administrativa da relação de trabalho.
- Financiamento provido por fundo público.

Essas diretrizes abordam aspectos gerenciais e financeiros da ótica economicista, contrariamente ao interesse dos outros aspectos implicados na administração pública, baseada pelo caráter republicano e democrático.

Salienta-se que a constituição geral do plano percorre o ideário disseminado pelo Banco Mundial, a fim de reformar os sistemas de saúde dos países emergentes, o qual traz implícito a prioridade da razão econômica no direcionamento das políticas sociais.

Por conseguinte, o PAS se esboça como modelo alternativo de gestão no enfrentamento da “crise da saúde”, especialmente no aspecto gerencial e de recursos humanos, uma vez que

postularia para desregulamentação dos processos da administração pública, sobretudo, das exigências e normas previstas na Lei de Licitações.

Em síntese, a formulação do PAS tem como arcabouço o colapso estatal na produção dos serviços de saúde e segue os preceitos das agências internacionais, baseadas na focalização das políticas sociais.

Reintegração do Município de São Paulo ao SUS

A partir da gestão da Prefeita Marta Suplicy (2001), a política de saúde foi tratada como assunto prioritário, sendo implementada por meio de três eixos principais: a reorganização das instâncias de participação e controles sociais, a extinção do antigo Plano de Atendimento à Saúde e a municipalização da rede básica estadual.

As instâncias de controle social do SUS no município foram reinstitucionalizadas no município em 2001.

O fim do PAS foi concluído em junho de 2001, esse processo foi relatado no Relatório de Gestão SMS-SP 2002, nos seguintes termos:

“No ano de 2001, primeiro ano de governo, a capital paulista passa a integrar-se, finalmente, junto a tantos municípios brasileiros no esforço nacional de construção do Sistema Único de Saúde. Tarefa árdua, desafiadora e prioridade nº 1 na Área da Saúde no Governo da Reconstrução.”

O relatório ainda caracterizava o momento delicado de transição e as dificuldades encontradas pelo novo governo. Na época, a situação foi narrada pelo gestor municipal com as seguintes palavras:

“A SMS encontra-se fraturada em três segmentos (...) 17 mil trabalhadores do Plano de Atendimento à Saúde divididos entre 12 mil contratados em situação trabalhista irregular perante a lei e 5 mil funcionários estáveis da Prefeitura; 13 mil trabalhadores da saúde que restaram (...); 10 mil trabalhadores da saúde ‘exilados’ da Secretaria Municipal de Saúde (...) nos diversos cantos da máquina administrativa” (Relatório de Gestão SMS-SP 2002).

Outro marco da política foi o rápido processo de negociação política com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) e o Ministério da Saúde, habilitando o Município de São Paulo na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, a partir de fevereiro de 2001.

Neste panorama ocorreu o desdobramento da municipalização da rede básica estadual, acontecimento que se deu em intervalos distintos. No primeiro, período entre junho e dezembro de 2001, foram municipalizados 141 UBS e 12 ambulatórios de saúde mental; em abril de 2002, foram municipalizados outras 59 UBS, com aproximadamente 200 equipes do PSF/Qualis.

Decorrido o processo de municipalização da rede básica estadual, a Administração trabalhou pela habilitação do município como o condutor da gestão plena do sistema municipal de saúde, entretanto a habilitação só foi conferida em 2003, após a substituição do gestor da saúde municipal.

Cabe destacar que esse movimento teve precária participação da SES-SP, o que impossibilitou o avanço na gerência ou municipalização dos serviços de média e alta complexidades estaduais, ou de outros prestadores sob responsabilidade estadual.

No percurso da reincorporação do SUS no município de São Paulo, a organização de Distritos de Saúde foi o método utilizado para operacionalizar a descentralização no campo intramunicipal. Essa reorganização setorial estava em conformidade com a descentralização administrativa e política do governo municipal, que foi efetivada em 2002, com a criação de 31 Subprefeituras.

Com a instituição das Subprefeituras, os Distritos de Saúde foram reestruturados e remodelados em Coordenadorias de Saúde. Estas ficaram administrativamente vinculadas ao Gabinete do Subprefeito e, tecnicamente, à SMS-SP, as quais atribuíam a responsabilidade pelas ações de assistência à saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, recursos humanos e financeiros da Saúde e atividades afins, segundo a Lei nº. 13.399 de 1 de agosto de 2002 (São Paulo, 2002).

Concomitantemente à organização das Coordenadorias de Saúde, em 2002, foram criadas cinco Autarquias Hospitalares, aspirando à modernização da gestão dos serviços hospitalares., ficando responsáveis pela: *“promoção e execução das ações e serviços de saúde de atenção médico-hospitalar”*. As Autarquias executaram a gestão das unidades hospitalares e de urgência e emergência, próprias da cidade. Os hospitais públicos estaduais continuaram sob gerência da SES-SP, mesmo após o município assumir a Gestão Plena do Sistema de Saúde, em 2003.

Em 2005, iniciou-se a nova gestão municipal, instaurando uma reforma administrativa, por julgar que a estrutura daquela época estava superdimensionada e, ainda, que a descentralização do período anterior teria direcionado as coordenadorias a uma situação de excessiva autonomia em relação à SMS-SP, atravancando o comando único do SUS no

município. Dessa forma, foram constituídas cinco novas Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS, com base nas antigas Coordenadorias de Saúde, que foram direcionadas e transferidas das Subprefeituras para a SMS-SP.

Isto posto, ante a iminente necessidade de iniciar a execução das novas CRS, foram criadas 24 (vinte e quatro) Supervisões Técnicas de Saúde - STS, (re)centralizando a gestão da saúde no município.

As CRS e STS foram implementadas sob condições estruturais mínimas de cargos, pessoal e atribuições limitadas. As STS ficavam com a responsabilidade de gerir territórios com cerca de 500 mil habitantes, porém, sua estrutura organizacional não tinha definição.

As Autarquias Hospitalares não sofreram mudanças em sua estrutura organizacional, afinal, estas tinham maior autonomia administrativa do que o restante da rede de serviços de saúde municipal. No mais, apesar dos limites territoriais das novas coordenadorias serem compatíveis com os das autarquias, notou-se a persistência da resistência de articulação entre as mesmas.

A instituição das novas Coordenadorias visava ao restabelecimento do comando técnico e operacional dos serviços de ambulatório do município, uma vez que competia a elas a organização de um sistema regional de saúde.

Apesar dessas transformações na SMS-SP, eram evidentes as problemáticas atinentes à estrutura administrativa caótica das Supervisões.

Importante destacar as incongruências percebidas em campo, principalmente no que toca as exteriorizações das áreas técnicas, uma vez que se denota os embaraços da gestão locorregional, limitadas devido à falta de estruturação.

Por conseguinte, faz-se incontestemente os recursos humanos ínfimos, tanto pela complexidade das demandas a serem atendidas, quanto pela estrutura organizacional enxuta e, por vezes, a máquina acaba reduzida às pessoas.

Em contrapartida, os papéis desempenhados pelas STS são imprescindíveis para a assessoria dos serviços prestados, principalmente no que diz respeito aos dados coletados pelas CRS, viabilizando o confronto das metas pactuadas e sua atuação na prática.

Conclui-se que, embora os percalços estruturais dos serviços prestados, inegável a importância das funções desempenhadas pelas CRS e STS, responsáveis por um acompanhamento mais íntimo do serviço prestado.

Expansão do Programa Saúde da Família no município

A partir de 2001, com a municipalização das UBS estaduais, a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) foi pauta prioritária da gestão e a principal estratégia de transição do modelo assistencial do SUS na cidade.

Por intermédio da Portaria nº. 3822 de 16 de outubro de 2002, foi institucionalizado o PSF no município de São Paulo. A meta de cobertura especificada foi a implantação de 1.749 equipes até 2004.

Entretanto, de acordo com dados extraídos do Departamento de Atenção Básica, o município somente conseguiu atingir 619 equipes até dezembro de 2004, bem como estimava-se uma cobertura populacional de 20% (Ministério da Saúde, 2004).

A gestão municipal, do período de 2005 a 2008, deu continuidade na expansão do programa, totalizando um total de 850 equipes de saúde da família até junho de 2008, o que correspondia 26,6% de cobertura populacional.

Um método utilizado pela gestão da SMS-SP, com o objetivo de difundir o PSF na cidade, foi a inserção de equipes de saúde da família nas UBS municipais ou municipalizadas, transformando estes equipamentos, seja em unidades de saúde da família, seja em unidades “mistas”.

Todavia, esse método não foi suficiente para efetivar a expansão do PSF, tampouco para ampliar o acesso em áreas descobertas de serviços.

Outra estratégia praticada para concretização da política, por ambas as gestões municipais, consistia na manutenção das parcerias com as entidades privadas, que mediarão os recursos humanos do programa (seleção, contratação e capacitação).

Deste modo, a pasta permaneceu com as quatro entidades parceiras da SES-SP, para execução do PSF/Qualis e, posteriormente, aumentou esse número para 12 (doze) em 2001 (Pinto NRS et al. 2009). Após o ano de 2008, a administração das equipes do PSF deixa de ser incumbência da SMS-SP e passa a ser delegada para as entidades parceiras.

A ESTRUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO E A ATUAÇÃO DA CPCS/DAMA

No ano de 2020, por intermédio do Decreto nº 59.685, de 13 de agosto de 2020, a Secretaria Municipal de Saúde é reestruturada, com detalhamento de unidades específicas que a compõem, divididas em Secretarias Executivas e, dentre elas, avultamos a Secretaria Executiva de Regulação, Monitoramento, Avaliação e Parcerias (SERMAP), responsável por

“regular e monitorar as ações de saúde, bem como os contratos e convênios assistenciais sob sua gestão” (art. 84, inciso III).

De acordo com o Decreto, em seu art. 9º, a SERMAP é integrada por:

- “I - Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde – CPCS;
- II - Coordenadoria de Avaliação e Controle da Assistência Complementar;
- III - Coordenadoria de Regulação – CREG, com o Complexo Regulador;
- IV - Coordenadoria de Informação em Saúde;
- V - Coordenadoria de Controle Interno – COCIN;
- VI - Departamento de Apoio Técnico às Demandas Judiciais em Saúde;”

Em congruência às consignações exaradas neste trabalho, evidenciamos às competências inerentes à Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde – CPCS, onde são desenvolvidas as atividades desta Residência em Gestão Pública.

Dito isto, imperioso salientar que a CPCS é responsável pelo desenvolvimento dos processos que envolvem a contratualização dos serviços de saúde, a gestão e controle administrativo-financeiro dos Contratos de Gestão, bem como de outras parcerias congêneres.

Ratifica-se que o objeto do Contrato de Gestão corresponde ao gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde, pela contratada, de unidades assistenciais da Rede Assistencial, de determinado território, em consonância com as políticas de saúde do SUS e diretrizes da SMS.

Em conformidade com o art. 93 do Decreto nº 59.685, de 13 de agosto de 2020, a Coordenadoria tem as seguintes atribuições:

- I - Coordenar as atividades relacionadas à contratualização dos serviços em saúde por meio de contratos de gestão e convênios;
- II - Realizar a gestão e o controle administrativo dos contratos de gestão e convênios celebrados, no que diz respeito:
 - a) à prestação de contas;
 - b) à avaliação e à execução;
 - c) aos resultados assistenciais e financeiros;
 - d) às informações necessárias para o acompanhamento;
- III - fazer cumprir as deliberações emanadas das comissões de acompanhamento e fiscalização;
- IV - Definir e dar diretrizes para a atuação das unidades correlatas nas unidades descentralizadas da SMS.

Para desempenhar as funções descritas no artigo acima, integram a CPCS dois departamentos, sendo eles o Departamento de Prestação de Contas – DPC e o Departamento de Avaliação e Monitoramento Financeiro – DAFIN. Por sua vez, constituem o DAFIN as divisões transcritas abaixo:

- 1) Divisão de Acompanhamento Financeiro (DIAF);
- 2) Divisão de Avaliação e Monitoramento Assistencial (DAMA);
- 3) Divisão de Apoio Técnico Administrativo (DATA).

Aproveitamos o ensejo para informar que, além dos Contratos de Gestão, a CPCS também coordena atividades pertencentes à contratualização dos serviços em saúde através de outras modalidades de parcerias, dentre elas 18 (dezoito) Convênios, 06 (seis) Termos de Colaboração e 02 (dois) Termos de Fomento.

No que tange aos Convênios, estes são contratos administrativos, formadores de vínculos e obrigações, regulamentados pela Lei 8.666 de 21 de junho de 1993.

Quanto aos Termos de Colaboração e Termos de Fomento, aclaramos que estas parcerias são regidas pelo Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – MROSC (Lei 13.019/2014).

Todavia, em que pese a vastidão das ações desempenhadas nos domínios da CPCS, faz-se imperioso reiterar que este estudo aborda os acompanhamentos assistenciais exercidos mediante análise minuciosa das metas especificadas nos Contratos de Gestão da rede de atenção básica. Até porque, quanto às demais parcerias apresentadas vagamente, os monitoramentos em comento não são desenvolvidos na coordenadoria em questão.

Imperioso destacar que a CPCS, até a presente data, mantém sob sua égide 30 (trinta) Contratos de Gestão.

Por fim, a SMS mantém parceria com 12 (doze) Organizações Sociais de Saúde, firmadas mediante Contrato de Gestão, para gerência dos equipamentos de saúde da atenção básica e hospitalar (ASF, CEJAM, FUABC, MONTE AZUL, SANTA MARCELINA, SECONCI, INTS, AFNE, SBDC, SPDM, ASM e SÍRIO LIBANÊS) e 05 (cinco) Organizações Sociais no âmbito dos convênios, termo de fomento e Termo de colaboração (SANTA CASA, PADRE MOREIRA, CASA DE ISABEL, IRMÃS HOSPITALEIRAS e EINSTEIN).

Acompanhamento Assistencial dos Contratos de Gestão

Não há dúvidas que o êxito das parcerias está intimamente ligado à escolha da organização social, da regular e eficiente definição das obrigações do ente privado, e, por último, do adequado modelo de controle e avaliação de desempenho, capaz de acompanhar as entidades, aferir os resultados e a efetivação dos seus objetivos.

A fim de regularizar a metodologia de aferição das metas assistências, a SMS instituiu as Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA), instância de natureza decisória e colegiada, estabelecidas pela Portaria Municipal nº 2.342, de 26 de dezembro de 2016. Dentre as divisões de CPCS, compete à DAMA o monitoramento e avaliação periódicos da prestação dos serviços de saúde, em conformidade com os indicadores, metas e parâmetros firmados no Contrato de gestão.

Cabe ressaltar que a CTA é composta por outros atores que constituem a SMS, como a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), a Supervisão Técnica de Saúde (STS), além da participação dos membros das organizações sociais.

Das reuniões das Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA)

As reuniões da CTA são realizadas trimestralmente e registradas em atas, as quais devem ser assinadas pelos componentes e demais participantes presentes.

Dentro dos domínios das reuniões da CTA ocorre a aferição dos parâmetros pactuados no plano de trabalho e das obrigações previstas nas cláusulas contratuais. São elas: Monitoramento do Quadro de Equipe (acompanhamento mensal da contratação e atuação da equipe e déficit de equipe); Indicadores, Metas e Parâmetros (indicadores de qualidade, produção e monitoramento).

DOS GARGALOS ENCONTRADOS NO ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS DE GESTÃO

Neste trabalho, escolhemos analisar os gargalos no processo de acompanhamento da prestação da assistência à saúde dos contratos dos equipamentos da Atenção Básica, realizado pelo DAMA, conforme dito alhures.

O período de vivência da Residência em Gestão Pública me proporcionou uma experiência ímpar na formação como gestora pública. O processo de inserção no trabalho da

equipe se deu de maneira suave e gradativa, iniciando com o reconhecimento interno e externo da área.

No âmbito da Residência, acompanhei durante nove meses as reuniões da CTA e, através do desenvolvimento prático, tive a oportunidade de pontuar alguns empecilhos que se apresentaram neste processo de acompanhamento dos Contratos de Gestão.

O primeiro gargalo assistido são as falhas no processo de comunicação dos diversos setores da SMS, enfatizados pela ausência de consenso quanto ao entendimento das atribuições das áreas técnicas. Como exemplo, podemos citar os conflitos que ocorrem nas áreas técnicas: a CPCS/DAMA acompanha o Contrato de Gestão; Coordenadoria e Supervisão acompanham a prática dos equipamentos, entretanto, essas competências nem sempre ficam claras durante as reuniões de CTA.

Para Chiavenato (2000, p. 142) “a comunicação é a troca de informações entre indivíduos. Significa tornar comum uma mensagem ou informação”. Desta forma, a comunicação é um processo essencial para as relações humanas e de qualquer organização.

Não obstante, mais do que transmitir uma mensagem, é preciso que os meios utilizados de interlocução atinjam com eficiência o receptor que se almeja.

Uma informação que não foi compreendida, assimilada ou transmitida, não foi corretamente comunicada (CHIAVENATO, 2000). Assim sendo, a comunicação e a sua compreensão manifestam-se como a principal forma de interação humana, fazendo parte e ajudando a construir, por sua vez, a cultura de um povo, civilização e até mesmo de uma organização.

Apontada por Medeiros (2006, p. 36) como o “elo natural entre as organizações e seus diversos públicos”, a comunicação, quando inserida no contexto organizacional, permite o diálogo e o desenvolvimento de melhores relacionamentos com públicos internos (funcionários, servidores, gestores) e externos (sociedade). Ademais, ao transmitir mensagens de forma clara e com credibilidade e, ao incentivar o feedback, cria-se um ambiente mais harmonioso e integrativo, ao mesmo tempo em que visa à redução do número de ruídos. Entretanto, é primordial investir em programas e políticas de comunicação.

Outra dificuldade observada é a ausência na padronização das ferramentas empregadas para efetivar o acompanhamento e, como restou cediço, isto decorre da falta de conhecimento das áreas, tanto pela insipiência do objeto de supervisão, impactando na estrutura dos documentos produzidos, quanto pela diversidade dos modelos de relatórios utilizados pelas Coordenadorias e Supervisões.

É notório frisar que as funções administrativas do poder público são direcionadas por diversas legislações e regulamentos. Todavia, a operacionalização das rotinas de trabalho, no serviço público como um todo, habitualmente não usufrui de um sistema de padronização adequadamente compilado e atualizado com frequência, ficando à mercê da experiência de cada profissional.

A insuficiência de padronização das atividades e a desatualização dos fluxos de trabalho transforma-se em um problema constante na administração pública, sobretudo, por conta das contínuas alterações na legislação e renúncia de obrigações, criando assim a necessidade de implantação de um sistema em frequente atualização e de atenção periódica dos gestores públicos.

No que concerne à padronização de processos Galbraith (1995 *apud* Trivelto, 2007, p.2) denota que:

“Processo é um conjunto de atividades agrupadas de forma “lógica” com a finalidade de gerar um (sub) produto ou serviço. A padronização de processos visa não somente a minimização ou eliminação de desperdícios ou retrabalhos, ou a minimização de informações necessárias para a realização das atividades que compõem o processo, mas principalmente a minimização da necessidade de coordenação para a realização desse conjunto de atividades.”

Assim, compreende-se que as organizações precisam entender que a padronização é uma complementação dos processos e visa trazer melhorias no que diz respeito à qualidade, aos custos, ao cumprimento de cronogramas e recursos humanos. No setor público, essa ideia pode gerar resultados positivos em rapidez, equidade e economicidade nos procedimentos adotados.

Outra fragilidade no processo de acompanhamento assistencial, são os sistemas de informação. Atualmente, a CPCS utiliza o Sistema de Informação de Acompanhamento e Avaliação dos Serviços de Saúde – WebSAASS, um sistema indispensável para operacionalização dos trabalhos internos e, principalmente, para elaboração das atas de CTA, uma vez que todas as ações e atividades de saúde realizadas na execução do objeto contratual devem ser registradas pelas Organizações Sociais no sistema de acompanhamento do Contrato, o WebSAASS.

Conceitualmente, o sistema de informação em saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (White, 1980).

No Brasil, tradicionalmente, a produção e utilização da informação em saúde, dando origem a diagnósticos sobre a situação sanitária de cada município, quase sempre foram realizadas pelos governos federal ou estadual, sem participação local. As administrações municipais foram ficando atrofiadas nesta e em outras dimensões de sua capacidade técnica, todas fundamentais como subsídio ao processo de planejamento em saúde (Medici, 1991; Possas, 1989).

Sistemas de informação que não são pensados de acordo com as necessidades do setor e especificidades de cada território de saúde atrapalham a dinâmica do dia a dia, tornando-se assim um trabalho manual e moroso, desperdiçando tempo que poderia ser utilizado em estudos e análises importantes para o departamento.

Segundo Jardim (2011) “É necessário que os sistemas informatizados de apoio à gestão e implementação de políticas sejam interligados, garantindo o bom fluxo das informações, bem como o acesso fácil e ágil das partes”.

“Porém, na maioria dos órgãos esses sistemas são mal utilizados e mal geridos. Muitas vezes, as informações não são atualizadas, ou são feitas erroneamente, ou então os sistemas não atendem a real necessidade das áreas. [...] Desenvolver novos sistemas, por sua vez, em um contexto em que quase todos os órgãos terceirizam esses serviços, é outra dificuldade que envolve questões orçamentárias e detalhes contratuais”.
(JARDIM, 2011, p. 01)

Por fim, apesar das dificuldades não se esgotarem aqui, gostaria de finalizar com o último apontamento em relação aos obstáculos do acompanhamento atrelados à falta de investimento de Gestão de Pessoas, tanto no âmbito da quantidade, como na capacitação dos agentes públicos.

Bergue (2007, p. 18) define a gestão de pessoas no setor como: “[...] esforço orientado para o desenvolvimento de pessoas públicas, a manutenção de pessoas públicas nas organizações públicas, em conformidade com os ditames constitucionais e legais, observadas as necessidades e condições do ambiente em que se inserem.”

O número de funcionários é insuficiente para o desempenho das atribuições da CPCS/DAMA. No total, 05 servidores estão lotados no DAMA (uma Diretora de Divisão e quatro assessoras).

O conceito de que o serviço público brasileiro seria demarcado por uma tendência crônica de inchaço, peculiar de um clientelismo e patrimonialismo consolidados, está impregnado no senso comum.

Ao contrário do que é pregado, os dados mostram como a máquina pública está escassa de mão de obra. O Brasil possui cerca de 10,4 milhões de servidores públicos civis ativos e sua maior parte é constituída de servidores municipais, quase 6,5 milhões (62,4%)³ (IBGE, 2015), seguida de 3,2 milhões de servidores estaduais (30,8%) (IBGE, 2015)⁴. Os servidores federais ocupam uma menor porção, cerca de 705 mil pessoas (6,8%)⁵ (Brasil, 2015).

O número de servidores no Brasil está abaixo do observado em outros países, embora os custos com o pagamento de servidores públicos estejam em patamares equivalentes ao custo médio de países da OCDE (2010).

Assim como acontece nas empresas privadas, os servidores durante a sua vida profissional necessitam de contínuas atualizações com o objetivo de manter um corpo funcional capacitado e atualizado, para que o serviço público seja prestado com qualidade e, por sua vez, aumentando a capacidade de gestão dos governos e a competitividade do país.

No que se refere à capacitação, Shickmann (2010) reitera que deve suceder de maneira contínua. É imprescindível para aperfeiçoar um quadro com as competências requeridas pela organização. Não obstante, o setor público, mesmo sendo intensivo em conhecimento, ainda não detém uma cultura e um ambiente ligados a aprendizagem organizacional e/ou para a inovação e, com raras exceções, também não incentiva a educação continuada de seus servidores (Coelho, 2004).

A qualificação de Gestão de Pessoas na saúde pode ser compreendida como a efetivação de estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos profissionais, com o propósito de enfrentar as mudanças e os desafios alcançados no desempenho do trabalho diário nos diferentes espaços do SUS (Machado, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município de São Paulo adotou o novo modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde, como parte do processo de reestruturação do sistema de saúde municipal posteriormente a extinção do PAS, tendo a Atenção Básica como política relevante após a reinserção do SUS.

³ O Distrito Federal, que é um ente peculiar, nem estado nem município, é tratado na pesquisa do IBGE (2015) como município, por razões metodológicas. Da mesma forma, dos 5.570 municípios listados pelo IBGE, dois deles não são municípios: Brasília-DF e Fernando de Noronha-PE, que é um distrito estadual.

⁴ Servidores civis ativos. No caso dos municípios e estados, servidores estatutários, celetistas, comissionados, estagiários e sem vínculo empregatício. No caso dos estados, incluem-se os policiais militares e bombeiros.

⁵ No caso dos servidores federais, também são aqui considerados exclusivamente os servidores civis ativos, para permitir a comparação entre os entes da Federação e também com outros países

Na Administração Pública o controle interno é um recurso necessário para efetivar e viabilizar as políticas públicas, na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo o acompanhamento assistencial dos serviços de saúde, pactuados por Contrato de Gestão, é exercido pela CPCS/DAMA.

A partir do que foi demonstrado neste artigo, julgamos que é necessário avançar nos mecanismos de acompanhamento e monitoramento dos contratos de gestão.

Constata-se a fragilidade estrutural encontrada na secretaria, de pessoal (em número e qualificação apropriada). Verifica-se também a deficiência dos instrumentos legais e a ineficiência dos sistemas de informação.

Apreende-se a falta de integração dos diversos setores da SMS-SP, e as falhas de comunicação e desconhecimento de competências.

Apesar da grande discussão e da popularidade do assunto, há carência de dados científicos relativos aos gargalos enfrentados no âmbito da Secretaria de Saúde no acompanhamento e monitoramento dos contratos de gestão.

Por fim, a análise das atividades desenvolvidas no âmbito da SMS-SP pode contribuir para melhoria das respostas às demandas do setor de saúde e ampliação da capacidade dos governos na implementação das políticas de saúde de acordo com os preceitos do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Spedo, S. M., TANAKA, O. Y., & PINTO, N. R. da S.. (2009). **O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil.** Cadernos De Saúde Pública, 25 (Cad. Saúde Pública, 2009 25(8)), 1781–1790.

França, Nelia; Lopes, Samuel. **A importância da gestão integrada na Administração Pública.** 2017. 16 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração Pública) - Instituto de Ciências Humanas e Sociais. Departamento de Administração e Administração Pública – UFF, Volta Redonda, 2017.

Contreiras, H., & Matta, G. C.. (2015). Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. Cadernos De Saúde Pública, 31 (Cad. Saúde Pública, 2015 31(2)), 285–297.

Pinto, N. R. S., Tanaka, O. Y., & Spedo, S. M.. (2009). Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 25(Cad. Saúde Pública, 2009 25(4)), 927–938.

Gonçalves RC; Ribeiro CLM; Bortoletto CCP; **Diretrizes do Modelo de Atenção para a Rede de Atenção Básica**. Em: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013–2016). Brasília: OPAS; 2017. Pp. 19–27. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34091/OPASBRA17011-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acessado em 10 de janeiro de 2023.

Bousquat, A., Cohn, A., & Elias, P. E.. (2006). **Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil**. *Cadernos De Saúde Pública*, 22(Cad. Saúde Pública, 2006 22(9)), 1935–1943.

Alves Sobrinho, E. J. M., & Capucci, P. F.. (2003). **Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002**. *Estudos Avançados*, 17(Estud. av., 2003 17(48)), 209–227.

Elias, P. E.. (1999). **PAS: um perfil neoliberal de gestão de sistema público de saúde**. *Estudos Avançados*, 13 (Estud. av., 1999 13(35)), 125–137.

Elias, P. E., & Cohn, A. (1998). **o PAS no município de São Paulo: novos desafios para velhas questões**. *Revista De Administração Pública*, 32(2), 167 a 184.

CRAVEIRO, Silvia. **Análise do PAS – Plano de Assistência à Saúde da Prefeitura de São Paulo: Novas tendências de gestão pública na área da saúde**. Pesquisa de Iniciação Científica – PIBIC/NPP. FGV. São Paulo, 1-30p, 1998.

PAIM, Jairnilson, et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Rio de Janeiro, 2011. Rio de Janeiro, Fiocruz.

Oliveira, Helen Cristina. **Desempenho do contrato de gestão e a situação econômico-financeira dos hospitais gerais administrados por organizações sociais de saúde: uma análise no Estado de São Paulo**. 2016. 272 p. Dissertação (Mestrado em Ciências), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Vieira, João Paulo Tapioca de Oliveira. **Fragilidades dos mecanismos de controle das organizações sociais de saúde no município do Rio de Janeiro. 2016.** 140 p. Dissertação (Mestrado em Administração Pública), Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2016.

Brasil. Lei nº 8.666. Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União 1993; 21 de jun.

Brasil. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. 86 p. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em 01 de mar. 2023.

Brasil. Lei nº 13.019. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil. Diário Oficial da União 2014; 31 jul.

São Paulo. Lei Complementar nº 846. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo 1998; 04 jun.

São Paulo. Lei nº 14.132. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. Diário Oficial do Município de São Paulo 2006; 24 jan.

São Paulo. Decreto nº 58.548. Reorganiza parcialmente a Secretaria Municipal de Gestão, a Secretaria Municipal das Subprefeituras, a Secretaria Municipal da Saúde e a Secretaria Municipal de Urbanismo e Licenciamento, bem como transfere os cargos de provimento em comissão que especifica. Diário Oficial do Município São Paulo 2018; 3 dez.

São Paulo. Decreto nº 59.685. Reorganiza a Secretaria Municipal da Saúde, regulamenta o § 2º do Artigo 45 da Lei nº 17.433, de 29 de julho de 2020, bem como transfere, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica. Diário Oficial do Município de São Paulo 2020; 13 ago.

São Paulo. Decreto nº 52.858. Confere nova regulamentação à Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. Diário Oficial do Município de São Paulo 2011; 20 dez.

São Paulo. Decreto nº 57.575. Dispõe sobre a aplicação, no âmbito da Administração Direta e Indireta do Município, da Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, alterada pela Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015, que estabelece o regime jurídico das parcerias com organizações da sociedade civil. Diário Oficial do Município de São Paulo 2016; 29 dez.

São Paulo. Portaria nº 2.342. Dispõe sobre o Regimento Interno das Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA) dos contratos de gestão. Diário Oficial do Município de São Paulo 2016; 26 dez.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR ACOMPANHAMENTO ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO 3º QUADRIMESTRE DE 2022. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PMSP_SMS_3QD2022_v02.pdf Acesso em: 10 jan. de 2023.

Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde. Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação dos Contratos de Gestão - Portaria nº 2.341/2016 de 26 de dezembro de 2016. São Paulo. Secretaria de Saúde de São Paulo, 09 de novembro de 2022, p. 145.