

**A participação das Organizações Sociais no orçamento da saúde do município de São Paulo no período de 2003 a 2016**

**DIEGO PUGLIESE TONELOTTO**  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP)  
dpt\_itu@hotmail.com

**JAIME CROZATTI**  
EACH-USP - ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
jcrozatti@usp.br

**URSULA DIAS PERES**  
EACH-USP - ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
uperes@usp.br

**ROSELIA APARECIDA ESCOBAR**  
EACH-USP - ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
roselia.escobar@yahoo.com.br

## **A participação das Organizações Sociais no orçamento da saúde do município de São Paulo no período de 2003 a 2016**

### **Introdução**

Desde o reconhecimento na Constituição Federal (CF) de 1.988 da saúde como um direito do indivíduo e um dever do Estado Brasileiro, bem como a consequente estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) como meio de garanti-lo, muito se avançou na qualidade, diversificação e cobertura dos serviços de atenção à saúde no Brasil. Este avanço pode ser observado tanto em relação aos territórios de abrangência das unidades dos serviços públicos e na evolução dos indicadores de saúde, que repercutiram no aumento da expectativa de vida e na queda da mortalidade infantil. Há consenso entre os pesquisadores de que o desenvolvimento do SUS desempenhou papel central no processo, apesar de que, a condição de saúde das pessoas é influenciada por diversos fatores econômicos, sociais e culturais (MENDES, 2011).

Uma das características do SUS que ajudou lograr estes resultados foi a descentralização da gestão com a responsabilização da prestação de parte dos serviços para o nível municipal. Como princípio do SUS, a descentralização da gestão no nível das regiões de saúde e dos municípios se estruturou como um verdadeiro movimento no país. Este movimento, conhecido como municipalização das políticas públicas, aproximou o gestor do serviço público do usuário final e aumentou as possibilidades de participação da sociedade local nas decisões referentes às políticas de saúde, que fez aumentar a relevância do município nas questões relacionadas a gestão do SUS (ARRETCHE, 2000; COELHO e DIAS, 2015).

Porém, a descentralização para entes com diferentes estruturas de recursos, capacidades e contextos sociais, somados à própria complexidade das políticas públicas de saúde, fazem com que o SUS esteja em constante transformação com o desenvolvimento de novos métodos de gestão e prestação dos serviços, de modo que diferentes arranjos organizacionais sejam desenvolvidos visando a dar respostas aos novos desafios.

Um destes arranjos é a parceria com o setor privado que, no Brasil e em diferentes países, tem criado diferentes modelos de gestão visando aumentar a eficiência e os resultados das ações de saúde (JUNIOR, NASCIMENTO e COSTA, 2011). Apesar da participação do setor privado na área da saúde pública não ser algo recente, são as mudanças no modo de participação que surgem como algo novo, reflexo de profundas alterações não apenas na relação público e privado, mas também na relação entre Estado e sociedade, devido a transformações políticas, econômicas e sociais (DONADONE e BAGGENSTOSS, 2017).

Principalmente a partir da década de 90, reconheceu-se a necessidade de mudanças em como era a relação entre o Estado, as empresas e a sociedade, a fim de reforçar a legitimidade do papel do Estado e aumentar a eficiência de suas ações (JUNIOR, NASCIMENTO e COSTA, 2011). A concretização destas mudanças veio através do movimento da Nova Gestão Pública (*New Public Management*), que buscou adotar uma gestão focada em resultados, baseada em metas e indicadores no setor público através de: processos de contratualização; diversificação dos provedores dos serviços públicos, sejam estatais ou não; e flexibilização no uso dos recursos público, junto com novos modos de responsabilização por seu uso (ABRUCIO e SANO, 2008).

É neste contexto que em 1995 se inicia a reforma do estado no Brasil através do Ministério da Reforma do Estado (MARE), com transformações em estruturas do poder público, no modo de prestação de alguns serviços e na relação com a sociedade e o setor privado. Uma das transformações mais significativas foi a entrada em cena de um novo ator,

as Organizações Sociais (OS), conhecidas como entidades do Terceiro Setor, uma vez que têm perfil distinto das Organizações Públicas e das Organizações Privadas (empresas com finalidade lucrativa).

De acordo com a lei nº 9.637/98, Organização Social é uma qualificação concedida a uma entidade privada sem fim lucrativo que cumpra os requisitos legais, que a torna apta a realizar parceria com o setor público, através de um contrato de gestão, para a gestão de determinados serviços públicos. Ou seja, são organizações públicas não estatais, de natureza privada que não têm como finalidade a distribuição do lucro entre as pessoas que as constituem. Sua finalidade primeira é a prestação de determinados serviços com objetivos sociais (BRESSER PEREIRA, 2006). O lucro, ou sobra, quando observado, deve ser reinvestido em sua atividade tendo em vista o objetivo social definido no estatuto que a organiza.

A contratualização com OSs visava flexibilizar a utilização dos recursos públicos, aumentar a *accountability* e fortalecer a participação social na gestão dos serviços prestados, cabendo ao Estado o financiamento, a regulação e a avaliação dos serviços; e à OS a utilização dos recursos disponibilizados na busca dos resultados contratualizados com o poder público (ABRUCIO e SANO, 2008). Porém, apesar deste movimento ter se iniciado no governo federal, por motivos políticos e econômicos teve maior disseminação nos Estados brasileiros, em especial no Estado de São Paulo (ABRUCIO e SANO, 2008). Como apontado por Donadone e Baggenstoss (2017), foi na saúde pública que este modelo mais se disseminou.

As principais características do setor que contribuíram para a maior disseminação das OSs na saúde são apontadas como: i) a estrutura da área da saúde já contava com instituições privadas capazes de assumir a gestão destes de serviços; ii) a saúde estar entre as áreas de atuação do estado com maiores visibilidades políticas e principais preocupação da população; e iii) a própria complexidade técnica do setor. Somam-se a isso a variedade de fatores que impactam a saúde da população que fazem com que a demanda por determinados tipos serviços se alterem rapidamente. Fatores estes relacionados ao estilo de vida do indivíduo, seus atributos biológicos e familiares, o ambiente em que vive e o sistema de saúde existente (COELHO, 2010). Há ainda, as características do próprio mercado da saúde, ou de bens e serviços de saúde, que apresentam tendências de crescimento dos custos no médio e no longo prazo, gerando a necessidade de aumento no volume dos recursos utilizados no setor, não apenas no Brasil, mas em todos os países (ZUCCH, NERO e MALIK, 2010). A esta trajetória de aumento dos custos soma-se, no setor público, a disponibilidade limitada de recursos e a dificuldade de atingir os objetivos da maneira mais eficaz e eficiente, dadas as restrições legais e burocráticas na gestão e uso dos recursos financeiros.

Por estes fatores, justificou-se, mais que em outras áreas do Estado, a participação da iniciativa privada junto aos governos na gestão e na prestação dos serviços de saúde, visando aumentar a eficiência do gasto, a flexibilização no uso dos recursos e facilitar a introdução de novas tecnologias para o atendimento, sempre inovador, de demandas em saúde (JUNIOR, NASCIMENTO e COSTA, 2011).

Em meados da década de 1990, o estado de São Paulo era o que tinha a maior quantidade de instituições qualificadas como Organizações Sociais pelo governo Federal, sendo mais da metade delas na área da saúde (ABRUCIO e SANO, 2008). Além de motivos econômicos, como a restrição orçamentária no período, algumas restrições legais levaram a adoção deste modelo. Havia-se começado a construção de hospitais regionais com fundos do Banco Mundial e iniciado a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) nos municípios. Devido ao teto com gastos de pessoal apresentados na recém aprovada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e a impossibilidade legal de contratar pessoas de acordo com seu local de residência, base para a atuação dos Agentes Comunitários e do PSF, o governo do

Estado adotou as parcerias com as Organizações Sociais como forma de continuar a execução destas ações (ABRUCIO e SANO, 2008; JUNIOR, NASCIMENTO e COSTA, 2011).

O município de São Paulo foi um dos escolhidos como pioneiro para a execução do PSF através de OSs. Esta decisão foi implementada a partir do ano de 1995, devido às desigualdades na cobertura dos equipamentos públicos de saúde no território da cidade (COELHO, SZABZON e DIAS, 2014). Deste modo, no ano seguinte, através de uma parceria entre o Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde e de duas Organizações Sociais, iniciou-se a execução das ações de saúde na periferia do município (JUNIOR, NASCIMENTO e COSTA, 2011; SÃO PAULO, 2017).

Em 2001 ocorreu a municipalização de parte do sistema de saúde, passando o PSF para a secretaria municipal de saúde, que continuou a gestão do programa através de OSs, que mesmo com críticas, ampliou as parcerias como meio de ampliação do PSF, firmando convênios com doze organizações sem fins lucrativos. A ampliação permitiu aumento de mais de 100% no número de equipes em tempo reduzido (COELHO, SZABZON e DIAS, 2014). Três anos depois, mesmo com a mudança no governo municipal, continuou-se com as parcerias com OSs para a ampliação do PSF. Porém, houve simultaneamente a implementação das AMAs (Assistência Médica Ambulatorial), unidades que buscavam atender a demanda por ações de emergência e de baixa complexidade, também via Organizações Sociais (COELHO, SZABZON e DIAS, 2014).

Por falta de legislação específica sobre o tema no município, as parcerias com as OSs ocorriam via convênio e não por contratualização de resultados. Essa segunda modalidade apresentava duas diferenças em relação ao convênio: i) o convênio não aparece de forma explicitada no orçamento, o que limitava a transparência dos repasses, alvo de crítica no período, e ii) a instituição prestava os serviços através de estrutura e pessoal próprio, não havendo delegação de equipamentos públicos (CONTREIRAS e MATTA, 2015).

Apenas em 2006 foi promulgada a Lei Ordinária Nº 14.132/2006 no município de São Paulo, que dispôs sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais. Neste momento as parcerias via contratualização com OSs tornaram-se o principal meio de implementação e ampliação das ações de saúde em São Paulo, não apenas da gestão de unidades de baixa e média complexidade, mas também de alguns hospitais e microrregiões de saúde, em especial nas regiões mais distantes do centro (COELHO, SZABZON e DIAS, 2014). No entanto não havia ainda uma divisão clara no orçamento municipal dos recursos repassados via contratualização para a gestão das unidades a cargo das OSs, alterando-se apenas em 2010 após críticas do tribunal de Contas do Município e de alguns setores sociais sobre a persistência na falta de transparência no uso dos recursos públicos (CONTREIRAS e MATTA, 2015).

Segundo um estudo realizado por Contreiras e Matta (2015), em 2010 a gestão de parcerias com o setor privado correspondia a 72% da cobertura da Atenção Básica, 59% dos hospitais e 40% dos ambulatórios especializados no município. Este sistema de saúde era gerido por sete OSs contratadas do total de 15 OSs em atuação em serviços municipais em todo o país. No mesmo ano, são abertos editais para ampliação e modernização de algumas unidades de saúde (COELHO, SZABZON e DIAS, 2014).

Em 2014, com o término de contratos firmados em gestões anteriores, houve abertura de novos editais de contratação de OS's e a revisão dos contratos já firmados buscando modificar algumas cláusulas, em especial as relacionadas aos indicadores utilizados no monitoramento das atividades. Essas mudanças buscaram aumentar o controle e a transparência no uso dos recursos, simbolizando um processo de aprendizagem da prefeitura em relação as parcerias com o setor privado.

Diante deste contexto e situação-problema, este trabalho busca analisar a execução orçamentária na função saúde do município de São Paulo, detalhando a trajetória de suas sub-

funções e a participação das Organizações Sociais no período de 2003 à 2016. A relevância do estudo apresenta-se pela característica de escassez de análises similares publicadas em meios acadêmicos que contribuam para aprofundamento da questão de como os recursos financeiros da saúde são geridos – e aplicados – com a parceria consolidada das Entidades privadas que gerenciam parte significativa dos serviços de saúde no quarto maior orçamento público da Nação. Estudos como o que se apresenta neste trabalho ganham relevância diante da crise econômica e da limitação de recursos impostas pela recente alteração na legislação federal – reforma da Constituição Federal com limitação de gastos com a saúde impostas aos estados e municípios.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com o levantamento e sistematização de dados dos gastos em saúde no município de São Paulo com a identificação dos valores repassados executados através de Organizações Sociais e sua relevância no orçamento da saúde, sendo utilizados como fontes o orçamento público municipal, publicações, artigos e livros que abordam o tema. O período do estudo abrange os dados dos orçamentos municipais disponíveis via consulta eletrônica com o nível de detalhamento exigido pelo tratamento escolhido.

Para a realização da pesquisa utilizou-se os dados disponíveis no portal de transparência da prefeitura de São Paulo referentes à execução orçamentária dos anos 2003 a 2016, conjuntamente com o levantamento dos valores repassados para cada Organização Social através da pesquisa por Nome Social e CNPJ destas instituições entre 2008 a 2016, período em que tais dados estão disponíveis no referido portal. Os valores analisados referem-se aos valores liquidados no período fiscal contemplado, uma vez que estes valores são o reconhecimento da entrega do bem ou serviço e do direito do recebimento do credor (SLOMSK, 2013). Ou seja, o estudo foca a execução orçamentária com comprovação da devida prestação do serviço, em detrimento da execução financeira da despesa. Os valores levantados de cada ano foram atualizados monetariamente ao ano base de 2016, utilizando-se o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) para extrair da análise os efeitos da inflação do período, o que permite melhor comparação, tendo em vista que a inflação anual neste período variou de 2,81% em 2006 a 11,28% em 2015, com acumulado de 114,3% no período da análise.

As subfunções, conjunto de atividades realizadas com finalidades similares, que agrupam as ações que se relacionam no seu foco de atuação sofreram alterações durante o período, devido a mudanças legislativas (classificação da despesa) e políticas (escolha sobre as ações). Porém, uma parte das subfunções permaneceu inalterada durante todo o período de análise e, por serem nestas subfunções que se concentra a quase totalidade do orçamento (mais de 95% dos recursos durante todo o período). Serão usadas preferencialmente nas análises as subfunções: i) Administração Geral; ii) Assistência Hospitalar e Ambulatorial; e iii) Atenção Básica.

As modalidades de aplicação dos recursos são classificadas no orçamento como “aplicação direta dos recursos”, “transferência para outro ente da federação” (União, Estado ou outro município) ou “organização privada sem fins lucrativos” (Organizações Sociais - OS). Devido a modalidade de transferência a outro ente da federação não apresentar valores em todos os anos, e sua proporção nos recursos empenhados ser menor que 1%, para efeito da análise ela não será considerada. Sendo utilizadas as outras categorias de aplicação para agregação dos valores nas subfunções de análise dos gastos da função saúde no município de São Paulo de 2003 a 2016.

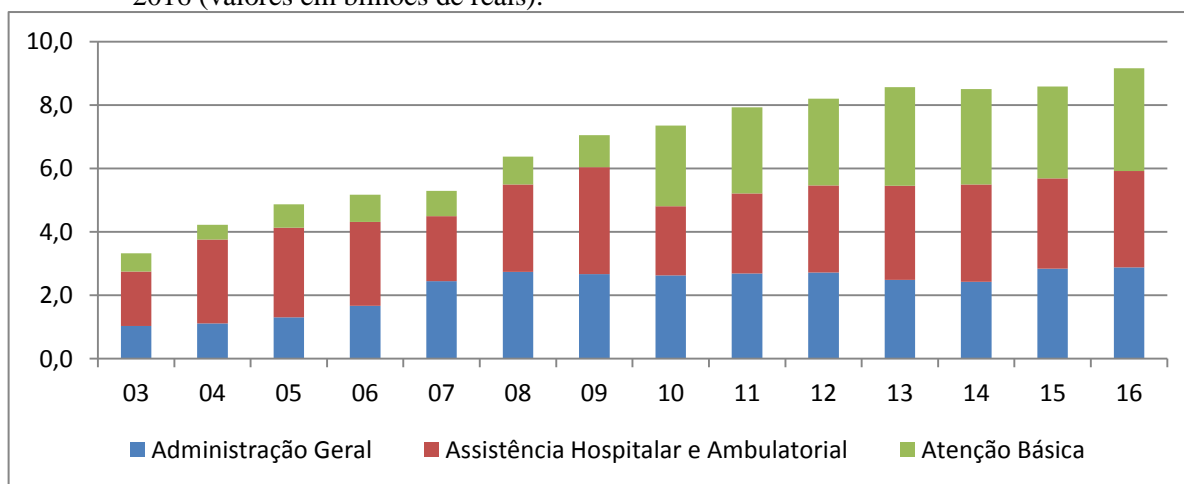
## O orçamento da saúde do Município de São Paulo

Os gastos na função saúde no município de São Paulo concentram-se majoritariamente (média de 98,1% no período) em três subfunções: “Administração Geral”, “Assistência Hospitalar e Ambulatorial”, e “Atenção Básica”. A primeira subfunção agrega os gastos com auxílios, gestão de RH e pessoal (administrativo) não relacionados diretamente com as atividades operacionais da saúde, atividades de apoio como limpeza e segurança, manutenção de imóveis e equipamentos, material de consumo, obrigações tributárias e gastos indiretos (como licitações e apoio jurídico); as outras duas subfunções referem-se aos gastos com a prestação dos serviços de saúde de acordo com a finalidade e o nível de complexidade.

Como na subfunção Administração Geral que se encontram os níveis estratégico e tático da gestão da saúde municipal, com as funções de planejamento, monitoramento e avaliação, os serviços de apoio e atividades não relacionadas a prestação dos serviços, não há transferências para as Organizações Sociais para a execução de suas atividades, sendo os recursos utilizados diretamente pela Secretaria municipal de Saúde ou pelas autarquias municipais. De modo que o trabalho concentrou-se nas subfunções ligadas diretamente a prestação dos serviços de saúde.

Analisando o gráfico abaixo, referente ao valor liquidados em cada subfunção, é possível observar um aumento do volume de recursos destinados a área da saúde, em especial para a Atenção Básica, com um ganho real de 457%. Reflexo principalmente da ampliação do Programa Saúde da Família, com o aumento do número de equipes e dos investimentos em novas unidades de atenção básica.

**Gráfico 1:** Valores liquidados por ano nas subfunções da saúde no município de São Paulo de 2003 a 2016 (valores em bilhões de reais).



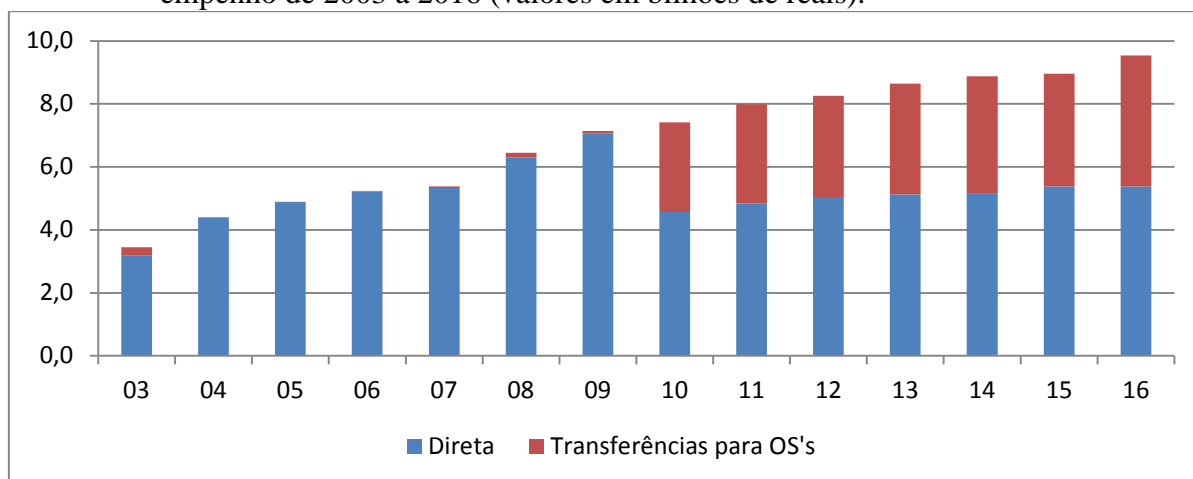
Fonte: Elaboração própria com base no orçamento municipal de São Paulo

Em 2003 os valores liquidados correspondentes às Organizações Sociais foram de 7,6% do orçamento da saúde municipal, aplicada totalmente na Assistência Hospitalar e Ambulatorial, referentes às contratualizações já realizadas em algumas unidades antes da municipalização. Este gasto foi seguido por um período de seis anos quando a relevância no orçamento não chegava a 2%. Porém como exposto anteriormente, estes valores baixos não representam um abandono das parcerias com o setor privado para a gestão dos serviços, mas a ausência de transparência na evidenciação do orçamento na exposição dos repasses, indicando valores inferiores do que realmente eram repassados para as Organizações Sociais.

Apenas em 2010 incluem-se todos os gastos realizados por parcerias na modalidade “transferências a instituições privadas sem fins lucrativos”, sendo possível observar os reais

valores repassados ao setor privado. Esse fato fez, em 2010, ocorrer uma súbita elevação dos gastos com OSs, de 0,9% do total dos gastos em 2009 para 38,4% no ano seguinte, o que não pode ser entendido como uma guina súbita dos caminhos traçados pela secretaria de saúde, mas, informações sobre uma realidade até então não evidenciada. Nos anos seguintes os repasses às OSs só aumentaram sua relevância no orçamento, chegando a 43,6% do valor liquidados na saúde em 2016.

**Gráfico 2:** Valores liquidados na função saúde no município de São Paulo por modalidade de empenho de 2003 a 2016 (valores em bilhões de reais).



Fonte: Elaboração própria com base no orçamento municipal de São Paulo

Na Tabela 1, abaixo, são apresentadas as porcentagens dos valores dos recursos transferidos para as Organizações Sociais com o valor do total dos recursos liquidados, no total do orçamento e por subfunção. Observa-se que desde 2010, cerca de 40% de todos os recursos são repassados para o setor privado. Separado por subfunção, na atenção básica, nos últimos anos menos de 10% das despesas são realizadas via aplicação direta, e na Assistência hospitalar e ambulatorial, em torno de 1/3 dos recursos são repassados para OS's.

**Tabela 1:** Porcentagem dos valores liquidados transferidos para Organizações Sociais na saúde por subfunção no município de São Paulo entre 2003 e 2016

Tipo/ano	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Total com a saúde	7,6	0,0	0,2	0,3	0,9	2,3	0,9	38,4	39,5	38,9	40,6	41,7	39,9	43,6
Assist. Hosp. e Ambulat.	15,2	0,0	0,0	0,4	2,2	5,3	1,8	27,1	29,8	30,3	30,2	31,9	33,4	37,6
Atenção Básica	0,0	0,0	1,3	0,5	0,3	0,4	0,4	88,5	88,5	87,1	84,1	90,4	90,5	92,3

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Portal da Transparência do Município de São Paulo.

Em 2014, segundo o Portal da Transparência do Município, estavam delegadas às Organizações Sociais 6 Hospitais municipais, 5 contratos de diagnósticos por imagem (com 32 serviços no total), 13 unidades de Pronto Socorro e Pronto Atendimento (PSM e PA) e 10 microrregiões de saúde, estas últimas somadas continham 91 Unidades Saúde da Família (USF), com 434 equipes, 3 unidades Rede Hora Certa, 143 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 46 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) sendo 6 deles com especialidades (AMA-E), 6 Ambulatórios de Especialidade (AE), 17 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), 6 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e 5 Núcleos

Integrados de Reabilitação e Núcleo Integrado Saúde Auditiva (NIR-NISA). A gestão destas unidades correspondia a 41,7% dos valores liquidados da saúde no município, com destaque para a Atenção Básica, com 90% dos recursos desta subfunção destinados a OS's.

De acordo com a Secretaria Municipal de Gestão, em 2016 existiam 40 entidades qualificadas pelo município como Organizações Sociais, sendo que vinte haviam recebido recursos da secretaria de saúde aquele ano, como apresentado na tabela abaixo. Demonstrando uma diversidade de instituições relacionadas a prestação dos serviços de saúde.

Observando as características destas OS, não é possível definir um padrão em relação a suas características, porém em relação a suas origens, existem três grupos principais: as de origem religiosas, com atividades de saúde principalmente filantrópicas; as ligadas a instituições de ensino, em especial as universidades; e entidades de responsabilidades sociais de empresas da área da saúde, como hospitais e laboratórios (DONADONE e BAGGENSTOSS, 2014).

Os recursos apresentados na Tabela 2 são referentes aos repasses feitos pela secretaria municipal de saúde para as organizações sociais disponíveis no portal da transparência, não estando presentes os repasses realizados pela administração indireta, como Autarquias ou Fundações Públicas, para OS's. Porém no orçamento do município são apresentados os repasses feitas tanto pela administração direta como pela indireta.

Analisando os valores liquidados no período 2008 à 2016, apesar da diversidade de OS's, em média 65% destes recursos foram transferidos para apenas quatro instituições: “Associação Saúde da Família”, “Casa de Saúde Santa Marcelina”, “Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim – CEJAM”, e a “Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina”, esta com o maior peso entre todas, com uma média de 25% dos repasses de recursos no período.



**Tabela 2:** Valores transferidos para Organizações Sociais no município de São Paulo na função saúde em (de reais)

<b>Organizações Sociais / ano</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Associação Comunitária Monte Azul</b>	464.129	721.501	699.037	784.356	654.593	825.4
<b>Associação Congregação de Santa Catarina</b>	970.915	1.478.965	2.305.929	2.279.441	2.131.056	2.442.3
<b>Associação Saúde da Família –ASF</b>	1.040.276	2.812.567	2.920.202	3.610.211	3.958.896	4.386.4
<b>Casa de Isabel - C. de Apoio à Mulher, à Criança e o Adol. V. Sit. Risco</b>	22.685	21.798	22.054	29.518	24.579	32.0
<b>Casa de Saúde Santa Marcelina</b>	3.915.157	4.617.282	5.026.588	5.285.251	5.201.453	5.550.4
<b>CEJAM – Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim</b>	2.234.471	2.613.400	2.927.501	3.340.495	3.129.407	3.542.0
<b>Centro de Oftalmologia Tadeu Cvintal</b>	56.148	63.145	53.892	54.356	50.951	40.0
<b>COLSAN – Associação Beneficente de Coleta de Sangue</b>	61.692	124.502	1.770	4.293	9.034	3.0
<b>FIDI – Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem</b>	235.832	358.616	489.221	548.966	557.941	611.3
<b>Fundação do ABC</b>	249	0	0	0	0	
<b>Fundação Faculdade de Medicina – FMM</b>	364.857	458.742	659.542	1.120.246	1.117.189	1.342.0
<b>Instituto Brasileiro de Controle do Câncer</b>	270.868	260.273	250.005	299.102	311.165	338.0

<b>Instituto de Assistência Básica e Avançada a Saúde – IABAS</b>	0	34.798	0	0	0	
<b>Instituto de Responsabilidade Social – Einstein</b>	788.222	972.724	981.898	928.823	1.087.584	1.046.2
<b>Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês</b>	134.105	399.390	595.740	774.336	791.937	784.
<b>Instituto SAS</b>	30.714	188.857	339.014	153.061	60.153	
<b>Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo</b>	641.898	1.221.479	1.947.012	2.088.499	2.187.002	2.444.
<b>Organização Santamarense de Educação e Cultura – OSEC</b>	817.363	403.723	0	21.261	9.392	13.
<b>Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde</b>	15.227	18.322	17.406	17.120	15.001	3.
<b>Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro</b>	412.448	523.626	507.437	503.692	543.972	696.
<b>SECONCI – Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo</b>	365.599	557.675	693.655	918.610	843.098	1.054.
<b>Sociedade Assistencial Bandeirantes</b>	407.679	445.811	368.624	394.568	332.494	282.
<b>Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina</b>	4.829.547	5.212.299	7.731.106	8.237.609	7.829.606	8.726.

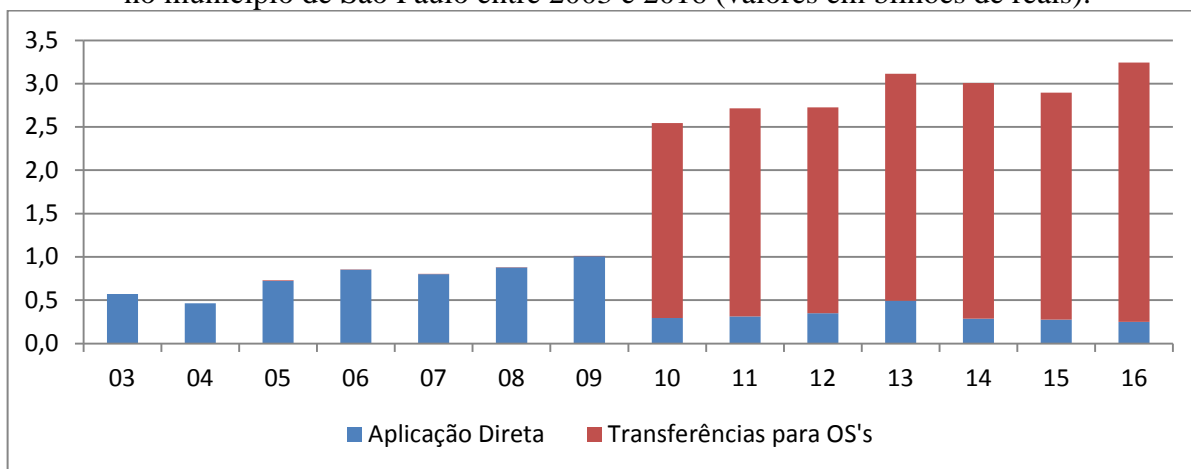
Fonte: Elaboração Própria com base nos dados do portal da transparência do município de São Paulo

## Atenção Básica

Os serviços da Atenção Básica à Saúde (ABS) englobam o conjunto de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, sendo desenvolvidos principalmente via Programa Saúde da Família – PSF, com foco tanto individual quanto coletivo. Este modelo de Atenção Básica visa organizar este nível de atendimento no país como principal ação na política pública implementada pelo Ministério da Saúde (MS) nas últimas décadas. As equipes de saúde são formadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, elo relevante entre o PSF e a população de um território de saúde (BRASIL, 2006).

Pelos motivos já comentados, antes de 2010 os valores presentes nos orçamentos subavaliavam o total de recursos destinados para as Organizações Sociais na prestação de serviços da Atenção Básica. O PSF teve início no município em 1996 com a celebração de convênios com OSs que já tinham laços com os serviços de saúde pública no município. Como nos anos seguintes houve uma ampliação crescente no número de equipes e na cobertura deste nível de atenção era esperado que, durante todo o período, os valores dos repasses deveriam aumentar gradativamente, e não de forma brusca como apontado no gráfico na transição de 2009 para 2010. Nos anos que este dado está desagregado, pode-se observar que o montante da aplicação direta pela PMSP se mantém relativamente constante, enquanto os valores executados no orçamento como transferências para as OSs mais do que dobram entre 2010 e 2016.

**Gráfico 3:** Valores liquidados na subfunção Atenção Básica à Saúde por categoria de gasto no município de São Paulo entre 2003 e 2016 (valores em bilhões de reais).

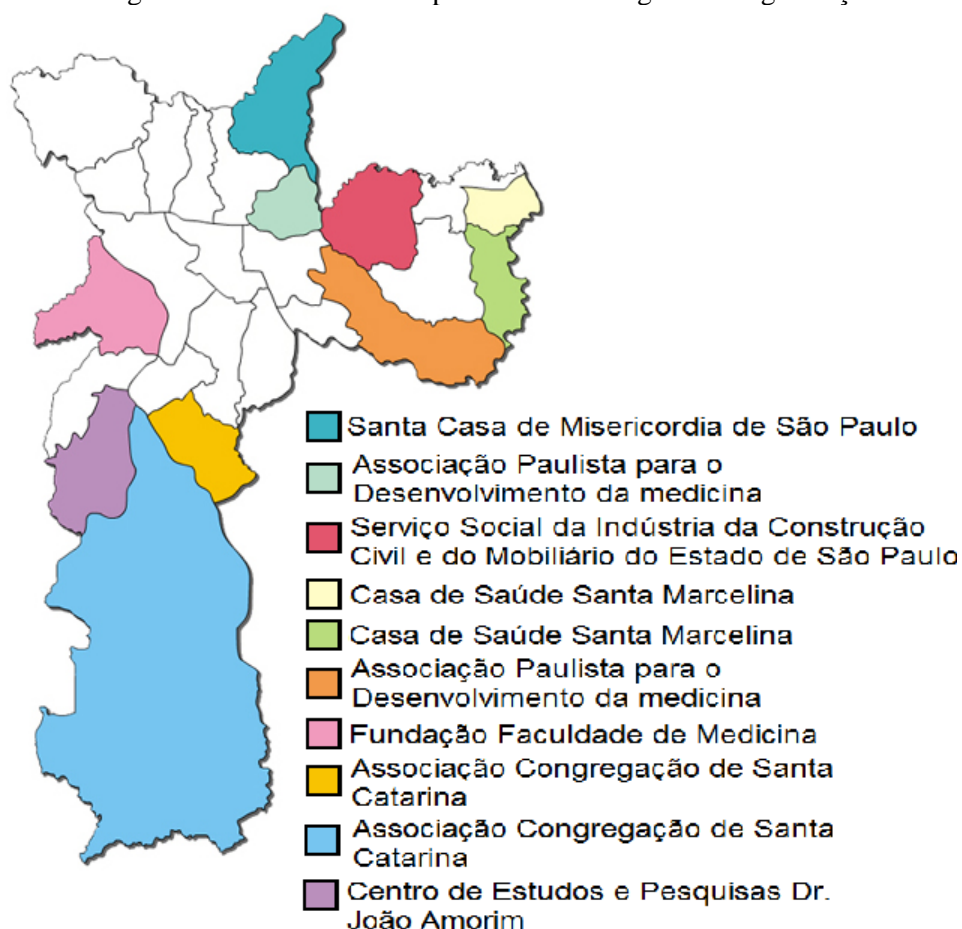


Fonte: Elaboração própria com base no orçamento municipal de São Paulo

Como observado pelos valores liquidados no Gráfico 5, apesar de 2010 ocorrer uma forte elevação na participação das OSs nos gastos da Atenção Básica, devido principalmente a contratualização das microrregiões e da modernização e ampliação de algumas unidades, sua magnitude é semelhante, em termos de valores totais, ao que é mostrada pelos valores empenhados (Gráfico 4 acima)

Essa ampliação dos serviços prestados e dos equipamentos de saúde na Atenção Básica ocorreu principalmente na periferia do município, nas áreas menos desenvolvidas e com piores indicadores socioeconômicos, o que possibilitou a diminuição da desigualdade dentro do município e a melhoria das condições de saúde da população destas áreas (COELHO, SZABZON e DIAS, 2014). Esse padrão de investimentos, focados na periferia, levou a atual distribuição das microrregiões de saúde gerenciadas por Organizações Sociais, como apresentado na Figura 1.

**Figura 1:** Microrregiões de Saúde do Município de São Paulo geridas Organizações Sociais (OS).



**Fonte:** Portal da transparência do município de São Paulo

Observa-se que a distribuição das microrregiões geridas através de parcerias concentra-se nas zonas leste e sul do município, justamente aquelas historicamente menos providas de serviços públicos, o que, juntamente com o peso dos repasses para estas instituições, chega a 91,5% dos recursos empenhados e 58,8% dos liquidados na Atenção Básica em 2016. Pode-se assim, afirmar que este nível de atenção à saúde é atualmente gerenciado majoritariamente por organizações privadas sem fins lucrativos no município de São Paulo.

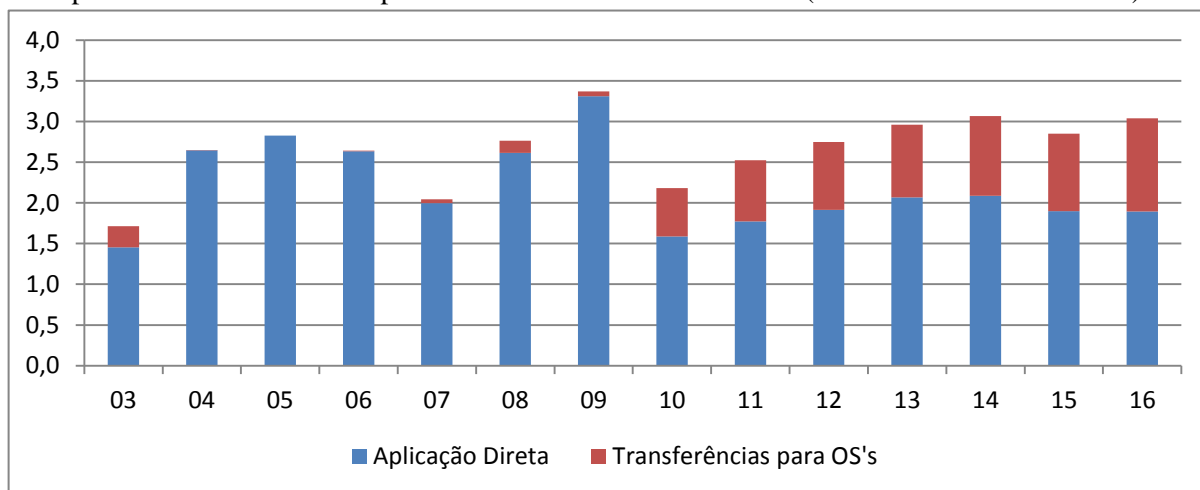
### **Assistência Hospitalar e Ambulatorial**

A Assistência Hospitalar e Ambulatorial englobam os gastos realizados nos serviços de média e alta complexidade, serviços de caráter individual, que demandam maiores gastos por procedimentos devido à especialização e o uso mais intensivo de tecnologia que na Atenção Básica, realizados principalmente por hospitais, ambulatórios e clínicas especializadas (BRASIL, 2006).

Devido a inclusão das autarquias hospitalares, fundações da área da saúde e dos subsídios a instituições filantrópicas nesta subfunção, que se enquadram como administração indireta, a porcentagem no total de recursos destinados a Organizações Sociais apresenta um peso menor que na Atenção Básica. Porém somando-se os valores empenhados pela

administração indireta e pelas OS nesta subfunção, desde 2010, observa-se uma diminuição constante no valor destinado à gestão própria destes recursos pela secretaria municipal de saúde. De modo que diferentemente da Atenção Básica, existe uma pluralidade maior de formas de gestão nesta subfunção.

**Gráfico 7:** Valores liquidados na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial na função saúde por modalidade no município de São Paulo entre 2003 e 2016 (valores em bilhões de reais).



Fonte: Elaboração própria com base no orçamento municipal de São Paulo

O pico de gastos em 2008 e 2009 deveu-se ao início do processo de ampliação da infraestrutura hospitalar instalada e de construção de novas AMA's, realizadas via Parceria Público- Privada (PPP), ocorrendo posteriormente sua delegação para as Organizações Sociais (COELHO, SZABZON e DIAS, 2014). De 2010 até 2016, a média dos repasses para OSs ficou em 25% dos gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial, sem apresentar uma tendência de crescimento.

Se na Atenção Básica as OS são predominantes em termos de destinatárias dos recursos do orçamento, nos serviços de média e alta complexidade há diversidade, não apenas de modelos de gestão das instituições, via administração indireta, mas também de formas de relação com o setor privado, dado que não apenas as Organizações Sociais, mas também as entidades filantrópicas e as PPP para investimentos estão presentes. Essa pluralidade de arranjos torna relevante o fato de um quarto dos gastos ser destinado às Organizações Sociais, de modo que mesmo não sendo majoritário, é possível apontar ser o principal modelo dentro da subfunção.

### Considerações Finais

Este trabalho buscou analisar a execução orçamentária na função saúde do município de São Paulo entre 2003 e 2016, e a parcela dos gastos realizados via Organizações Sociais na gestão e prestação dos serviços, expondo a participação financeira/orçamentária destas instituições no sistema municipal de saúde.

Mesmo não sendo novidade a participação do setor privado na área da saúde pública, essa configuração da relação do Estado com a sociedade civil surge a partir das reformas ocorridas no setor público na década de 1990 no Brasil. Esta relação é inspirado pelas ideias da Nova Gestão Pública, desenvolvendo assim novos modelos de gestão e prestação dos serviços públicos, entre eles as parcerias com as Organizações Sociais. Este modelo se

desenvolveu mais no Estado de São Paulo, devido a fatores políticos e econômicos, e na saúde, por características da própria desta política pública.

O município de São Paulo foi um dos pioneiros na adoção deste modelo em meados da década de 1990, através de parcerias com o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e das Organizações Sociais, devido às grandes desigualdades existentes da distribuição dos serviços públicos e a existência prévia de instituições que pudessem assumir esta função. Atualmente é a cidade brasileira com maior número de instituições qualificadas como OS e que se utiliza desta modalidade de gestão em diversas políticas públicas.

No levantamento dos dados orçamentários, observou-se que a Atenção Básica à Saúde no município de São Paulo é realizada predominantemente via OS. Esta condição é atribuída à trajetória da implementação do Programa Saúde da Família no município, que desde o início ocorreu via parceria, por fatores ligados principalmente à gestão dos recursos humanos e à contratação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Posteriormente, foi ampliada a gestão dos serviços nos territórios das microrregiões, em especial das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Na Assistência Hospitalar e Ambulatorial o início da adoção do modelo por OS ocorreu visando contornar os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre gastos com pessoal nos novos hospitais. Posteriormente foi expandido para os novos equipamentos ambulatoriais, as AMA's, construídos nas zonas periféricas, seguindo a política de ampliação dos serviços de saúde nas áreas mais carentes. Em 2009 a parceria com o setor privado se ampliou, através das PPP's com a construção de novas unidades de atendimento à saúde, sendo posteriormente contratualizadas como OSs, sendo estas últimas responsáveis pela execução de cerca 25% dos gastos neste nível de atendimento na média do período analisado.

Apesar do número de instituições qualificadas como Organizações Sociais no município, e de metade delas receberem repasses referentes a saúde, observou-se que praticamente 2/3 de todos estes recursos serem destinados a apenas quatro OS's, em especial a "Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina", com uma média de 25% do total dos repasses de recursos no período.

Foi possível observar o crescimento do papel das Organizações Sociais na gestão e prestação dos serviços de saúde no município de São Paulo. Porém, apesar estudos apontarem para um ganho de eficiência nas unidades geridas por OS (ABRUCIO e SANO, 2008), os principais motivos para a escolha deste modo de gestão estão mais relacionados a questões legais e econômicos do que à busca de eficiência, principalmente visando contornar as restrições da Lei de Responsabilidade Fiscal e possibilitar a contratação de Agentes Comunitários de Saúde.

Deste modo fica evidente a magnitude das Organizações Sociais no sistema municipal de saúde e na gestão e prestação dos serviços de saúde à população, reforçando assim a relevância dos estudos sobre essas instituições e da continuidade dos debates sobre a eficiência e eficácia dos modelos de gestão adotados no setor público em geral e na gestão dos serviços públicos de saúde em particular, tendo em visto que em sua essência não se trata de um debate sobre gastos públicos, mas de modelos de gestão para a efetivação de um direito social garantido pela Constituição Federal e de grande impacto na vida dos cidadãos/contribuintes.

## Bibliografia

- ABRUCIO, F. L.; SANO, H. “Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo”. **RAE**, v. 48, n. 3, p. 64–80, 2008.
- ARRETCHE, M. “*Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*”. São Paulo: Fapesp, 2000.
- BRASIL. LEI Nº 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998. Diário Oficial da União, de 18 de maio de 1998 - Seção 1, Pág 8, Brasília, 1998
- BRASIL. Ministério da Saúde. “*O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde*”. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009
- BRESSER PEREIRA, L. C.; “*Da administração pública burocrática à gerencial*”; in BRESSER PEREIRA, L. C. e SPINK, P. (org.), Reforma do Estado e administração pública gerencial. 7º ed., Editora FGV, Rio de Janeiro, 237-270, 2006
- COELHO, I.B., “*Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde*”. In: CAMPOS, G.W.S. e GUERRERO, A.V.P. (org.), Manual de práticas de Atenção Básica ampliada e compartilhada, São Paulo, Aderaldo e Rothschild Ed, 2010.
- COELHO, V. S. P.; SZABZON, F.; DIAS, M. F. “*Política municipal e acesso a serviços de saúde*”. **Novos Estudos**, v. 100, 2014.
- COELHO, V. S. P.; DIAS, M. F.. “*Saúde e desigualdade no Brasil*”. In: ARRETCHE, M. Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos. Ed. Unesp, São Paulo, 249 – 76, 2015.
- CONTREIRAS, H.; MATTA, G. C. “*Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação*”. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 285–297, 2015.
- DONADONE, J. C.; BAGGENSTOSS, S. “*Intermediários e as novas configurações no tecido organizacional brasileiro Um estudo sobre as Organizações Sociais de saúde*”. **Tempo Social**, v. 29, n. 1, p. 131–149, 2017.
- DONADONE, J. C.; BAGGENSTOSS, S. “*A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil*”. *Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos*, v. 2014, n. 59, p. 69–98, 2014.
- IPEADATA, disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br>, acessado em 30 de junho de 2017
- JUNIOR, N. C.; NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. “*Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares.*” **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 971–979, 2011.
- MENDES, EV. “*As redes de atenção à saúde*”. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde, Brasília: 2ª. ed., 2011.
- SÃO PAULO, “Portal da transparência”; Contas; Execução Orçamentária; disponível em: “[orcamento.sf.prefeitura.sp.gov.br](http://orcamento.sf.prefeitura.sp.gov.br)”, acessado em 20 de junho de 2017. São Paulo, prefeitura, serviço ao cidadão. Saúde da família. (<http://www.capital.sp.gov.br/cidadao/saude-e-bem-estar/melhorias-na-saude-municipal/estrategia-saude-da-familia-esf>) 2017
- SÃO PAULO, “Secretaria Municipal de Gestão”; Organizações Sociais Qualificadas; disponível em: “[prefeitura.sp.gov.br](http://prefeitura.sp.gov.br)”, acessado em 25 de junho de 2017. Acesso a informação, Convênios e Parcerias da PMSP, Lista de entidades conveniadas com a Prefeitura de São Paulo ([http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/organizacoes\\_sociais/index.php?p=13877](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/organizacoes_sociais/index.php?p=13877)) 2017
- SLOMSKI, V. “*Manual de contabilidade pública*”. Ed. Atlas, São Paulo: 3ª. ed, 2013.

ZUCCHI, P.; NERO, C. DEL; MALIK, A. M. “*Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde*”. **Saúde e Sociedade**, p. 127–150, 2010.