



Participação de organizações sociais no orçamento da saúde do Município de São Paulo no período de 2003 a 2016.

Diego Pugliese Tonelotto

USP – Universidade de São Paulo
dpt_itu@hotmail.com

Jaime Crozatti

USP – Universidade de São Paulo
jcrozatti@usp.br

Patrícia Righetto

USP – Universidade de São Paulo
patricia.righetto@usp.br

Roselia Aparecida Escobar

USP – Universidade de São Paulo
roselia.escobar@usp.br

Úrsula Dias Peres

USP – Universidade de São Paulo
uperes@usp.br

Resumo

Influenciado pelas ideias do movimento conhecido como Nova Gestão Pública, a busca pela eficiência, eficácia e efetividade, a introdução de práticas de gerenciamento próprias do setor privado no setor público e a descentralização e desburocratização da prestação de serviços públicos passaram a ser os novos princípios adotados pela administração pública brasileira durante a década de 1990. Nesse sentido, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995) exerceu um papel fundamental, não apenas por ser o precursor da reforma, mas por inserir um novo tipo de parceria entre o Estado e a sociedade civil através das Organizações Sociais (OS). Destaca-se sua atuação na área da Saúde no município e estado de São Paulo, onde esse modelo de gestão se disseminou fortemente. Por esta razão, o objetivo deste artigo é verificar a transferência de recursos do orçamento municipal da função Saúde de São Paulo para as Organizações Sociais de Saúde, no período de 2003 a 2016, a título de evidenciar a relevância destas entidades na prestação de serviços de saúde no município. Para isso utilizou-se uma metodologia exploratória descritiva com análise dos dados do orçamento municipal dentro do supramencionado período. Verificou-se que a atuação destas entidades é predominante na subfunção Atenção Básica, tendo recebido mais de 90% dos recursos destinados a essa subfunção nos últimos anos e que, apesar de diversas entidades serem prestadoras de serviços na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial, o modelo de gestão de OS é bastante representativo, recebendo 25% dos recursos orçamentários desta subfunção.

Palavras-chave: Organizações Sociais de Saúde. Nova Gestão Pública. Sistema Único de Saúde. Município de São Paulo.

ISSN: 1984-6266

Recebimento:

14/11/2018

Aprovação:

23/05/2019

Editor responsável pela aprovação do artigo:

Dr. Flaviano Costa

Editor responsável pela edição do artigo:

Dr. Flaviano Costa

Avaliado pelo sistema:

Double Blind Review

A reprodução dos artigos, total ou parcial, pode ser feita desde que citada a fonte.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CONTABILIDADE
MESTRADO E DOUTORADO

DOI:

<http://dx.doi.org/10.5380/rc&c.v10i3.62834>

PARTICIPATION OF SOCIAL ORGANIZATIONS IN THE HEALTH BUDGET OF THE MUNICIPALITY OF SÃO PAULO FROM 2003 TO 2016

ABSTRACT

Influenced by the ideas of the New Public Management movement, the search for efficiency, efficacy and effectiveness, the introduction of private sector management practices in the public sector, and decentralization and decrease of the red tape of public service provision have become the new principles adopted by the Brazilian public administration during the 1990s. In these ways, the Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995) played a fundamental role, not only because it was the forerunner of the reform, but also because it inserted a new type of partnership between the State and civil society through Social Organizations (SO). Its activities in the area of Health and in the city and state of São Paulo, where this management model was widely disseminated, stand out. For this reason, the objective of this article is to verify the transfer of resources from the municipal budget of the health function of São Paulo to the Social Organizations of Health, from 2003 to 2016, as evidence of the relevance of these entities in the provision of health services in the municipality. For this, a descriptive exploratory methodology was used, with analysis of the municipal budget data within the aforementioned period. It was verified that the performance of these entities is predominant in the Basic Care sub-function, having received more than 90% of the resources allocated to this sub-function in recent years and that, although several entities are providing services in the sub-function Hospital and Outpatient Care, the model is very representative, receiving 25% of the budgetary resources of this sub-function.

Keywords: Social Organizations of Health. New Public Management. Unified Health System. Municipality of São Paulo.

1 Introdução

Os primeiros contratos de gestão firmados com Organizações Sociais de Saúde (OSS) foram feitos pelo governo do estado de São Paulo, entre os anos de 1998 e 1999, para o gerenciamento de hospitais. Esta parceria, ao longo dos anos, apresentou resultados positivos no que diz respeito à oferta de serviços de saúde. Segundo Ferreira Júnior (2003), que analisou o desempenho obtido por essas entidades no período compreendido entre 2000 e 2002, esse modelo era mais eficaz do que a administração direta, eficácia aqui compreendida como a capacidade de alcançar as metas de produção e qualidade propostas. Além disso, o autor mostra que o volume de produção dos hospitais geridos por OSS aumentou de modo significativo: a quantidade de internações havia crescido em 284,64%, os atendimentos ambulatoriais em 771,95%, e os atendimentos de urgência em 247,76%, sendo que o nível de satisfação do usuário mensurado à época foi de no mínimo 85% e no máximo 99% (Ferreira Júnior, 2003). Uma pesquisa realizada pelo World Bank (2006) promoveu uma comparação sistemática entre 12 hospitais geridos por Organizações Sociais de Saúde e 10 hospitais geridos via administração direta, ambos os grupos pertencentes ao estado de São Paulo. A pesquisa mostrou que os hospitais geridos por OSS eram mais eficientes e forneciam serviços de melhor qualidade, que cada um destes hospitais conseguia oferecer 35% mais vagas para admissão de pacientes do que os hospitais cuja administração era direta, além de registrar uma taxa de mortalidade mais baixa (World Bank, 2006). A pesquisa também evidenciou que os hospitais geridos por OSS possuíam "grande liberdade para escolher uma combinação particular de funcionários e competências e para selecionar pessoal através de processos de recrutamento menos rígidos" (World Bank, 2006), em decorrência disso, essas entidades seriam mais flexíveis do que as entidades cuja administração é direta, pois podem utilizar como método apenas o recrutamento via concurso.

Mas para que estas entidades de direito privado e finalidade coletiva, qualificadas como Organizações Sociais, pudessem atuar como fornecedoras de serviços não-exclusivos do Estado através de contratos

firmados com entidades estatais, foi necessário um longo e difícil caminho. No âmbito do estado de São Paulo, quando houve a discussão da Lei Complementar n. 846, de 04 de junho 1998 na Assembleia Legislativa, um intenso debate foi travado: surgiram críticas ideológicas, que viam nesse modelo a privatização dos serviços públicos, críticas corporativistas, que argumentavam que essa situação favorecia os hospitais geridos por OSS que teriam, supostamente, uma disponibilidade maior de recursos financeiros e de ferramentas para a gestão dos recursos humanos, e haviam as críticas acerca da ausência de controle social e transparência neste processo de transferência (Ferreira Júnior, 2003).

Ainda assim, o modelo de gestão através de OS se disseminou pelo país, com especial ênfase ao estado e ao município de São Paulo onde esse modelo de gestão se expandiu fortemente. Dessa forma, o objetivo deste artigo é verificar a transferência de recursos do orçamento municipal da função Saúde de São Paulo para as Organizações Sociais de Saúde, no período de 2003 a 2016, a título de evidenciar a relevância destas entidades na prestação de serviços de saúde no município. A justificativa do estudo apresenta-se pela característica de escassez de análises similares, tal problema foi demonstrado por Ravioli, Soárez e Scheffer (2018, p. 12) que, por meio de uma revisão narrativa da produção científica sobre modalidades de gestão da saúde coletiva, concluíram que “a literatura nacional sobre modelos de gestão de serviços no SUS produziu até o momento um número restrito de artigos publicados”, também é chamada a atenção para a “necessidade de produção científica que aprofunde o tema à altura de sua complexidade e abrangência, considerando que os modelos de gestão alternativos à Administração Direta são hoje hegemônicos na maior parte das redes públicas municipais e estaduais de saúde”. Essa escassez de material torna-se ainda mais evidente quando se trata da temática da participação das Organizações Sociais na execução orçamentária, publicadas em meios acadêmicos que contribuam para o aprofundamento da questão de como os recursos financeiros da saúde são geridos – e aplicados – com a parceria consolidada das entidades do terceiro setor que gerenciam parte significativa dos serviços de saúde no quarto maior orçamento público da Nação. Estudos, como o que se apresenta neste artigo, ganham relevância diante da crise econômica e da limitação de recursos gastos imposta pela recém promulgada Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.

2 Referencial Teórico

2.1 A Nova Gestão Pública e Reforma do Estado

O movimento da Nova Gestão Pública (*New Public Management*) surgiu em virtude de certo contexto histórico, o da crise fiscal da década de 1970 nos Estados Unidos, que conduziu a adoção de medidas de austeridade, a esforços para aumentar a produtividade pública e a busca de mecanismos alternativos de prestação de serviços, tais como a terceirização e a privatização (Denhardt, 2013). Segundo Abrucio e Sano (2008, p. 65), as ideias deste movimento voltavam-se contra dois supostos males burocráticos: “a ineficiência relacionada ao excesso de procedimentos e controles processuais, e a baixa responsabilização dos burocratas frente ao sistema político e à sociedade”. A redução dos gastos públicos e da intervenção do estado na sociedade, assim como o fortalecimento do mercado e da sociedade civil passam a ser vistos como meios para se alcançar a consolidação da democracia e o crescimento econômico (Contreiras & Matta, 2015).

Osborne e McLaughlin, em um esforço de sumarizar o debate promovido por alguns autores acerca da natureza da Nova Gestão Pública, postularam sete doutrinas essenciais, quais sejam:

Um foco no gerenciamento prático e empreendedor, em oposição ao foco burocrático tradicional do administrador público; padrões explícitos e medidas de *performance*; uma ênfase em controle de *outputs*; a importância da desagregação e descentralização dos serviços públicos; a mudança para a promoção de competição na provisão dos serviços públicos; uma ênfase no estilo de gerenciamento

no setor privado e sua superioridade; a promoção de disciplina e parcimônia na alocação de recursos. (2002, p. 9).

A criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) e publicação do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) em 1995, governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso, marcam a inserção do Brasil nesse movimento mundial de reformas da administração pública. Essa reforma foi responsável pela introdução de três importantes ideias: a distinção entre atividades exclusivas e não-exclusivas do estado, a ideia de descentralização vertical e a publicização. De acordo com o PDRAE (Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1995), as atividades exclusivas seriam aquelas que somente o Estado é capaz de executar e estariam ligadas ao ofício de regulamentar, fiscalizar e fomentar, enquanto as atividades não-exclusivas seriam aquelas quais referem-se ao provimento de bens e serviços públicos à população, tais como saúde e educação. A descentralização vertical corresponde à ideia de que o governo federal deve transferir para as demais esferas de governo, estaduais e municipais, certas responsabilidades como a prestação de serviços sociais e o desenvolvimento de infra-estrutura, baseado na premissa de que governos locais detêm mais informações sobre sua realidade e portanto, sabem quais são as necessidades da região. O processo de publicização, por sua vez, refere-se à compreensão de que se deve transferir ao setor público não estatal o fornecimento das atividades consideradas não-exclusivas do Estado.

Essas três ideias serviram de subsídio para o fenômeno de transferência da prestação de serviços de saúde promovida pelo Estado para as Organizações Sociais (OS). O PDRAE (Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1995) foi precursor dessa parceria entre o Estado e as OS, que pertencem ao setor público não estatal qual abarca as entidades de direito privado cuja finalidade é pública ou coletiva e, por esta razão, enquadram-se juridicamente como entidades sem fins lucrativos. Certos grupos sociais enxergaram nessa transferência um processo de privatização ou desestatização. Donadone e Baggenstoss (2017, p. 141) são contrários a essa visão, pois “a presença do Estado se mantém tanto na propriedade dos hospitais sob gestão intermediada quanto nos modos de regulação instituídos seja através dos índices estabelecidos nos contratos de gestão, seja no próprio contrato, na prestação de contas, nos recursos repassados etc”.

2.2 Organizações Sociais de Saúde

A contratualização com OS 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 às OS a utilização dos recursos disponibilizados na busca dos resultados contratualizados com o poder público (Abrucio & Sano, 2008). De acordo com Costa e Silva, Barbosa e Hortale, esse modelo de gestão teria duas características fundamentais, quais sejam:

A primeira seria a ampliação da autonomia decisória em termos financeiros e organizacionais em relação aos proprietários públicos, o que incentivaria a flexibilização administrativa para romper a rigidez da estrutura organizacional com compartilhamento na autoridade e na responsabilidade. A segunda, o incremento do controle público dessas entidades por meio do fortalecimento de práticas voltadas ao aumento da participação da sociedade na formulação e na avaliação do desempenho da OSS. (2016, p. 1366)

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 & Sano, 2008). E 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 OS na saúde são apontadas como: (i) a estrutura da área da saúde já contava com instituições privadas capazes de assumir a gestão destes serviços; (ii) a saúde estar entre as áreas de atuação do estado com maior visibilidade política e ser uma das principais preocupações 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 de serviços se altere 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 (Zucchi, Nero & Malik, 2010). Adicionalmente a essa trajetória de aumento dos custos, o setor público enfrenta 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 no uso dos recursos financeiros.

Por esses 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 (Carneiro Junior, Nascimento & Costa, 2011).

Em meados do fim 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 conforme a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, sendo mais da metade delas na área da saúde (Abrucio & Sano, 2008). Além de motivos econômicos, como a restrição orçamentária no período, algumas restrições legais levaram a adoção desse modelo. Havia-se começado a construção de hospitais regionais com fundos do Banco Mundial e iniciado a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios. Devido ao teto de gastos com pessoal apresentados na recém aprovada Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, também conhecida como 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 da ESF, o governo do Estado adotou as parcerias com as Organizações Sociais como forma de continuar a execução dessas ações (Abrucio & Sano, 2008; Carneiro Junior *et al.*, 2011), afinal a “incoerência era explícita, pois limitar gastos frente à necessidade de incorporação de profissionais para atender às novas demandas inviabilizava o avanço do SUS” (Costa e Silva *et al.*, 2016, p. 1366).

O município de São Paulo foi um dos escolhidos como pioneiro para a execução do ESF através de entidades do terceiro setor. Esta decisão foi implementada a partir do ano de 1996, devido às desigualdades na cobertura dos equipamentos públicos de saúde no território da cidade (Coelho, Szabzon & Dias, 2014). Deste modo, 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 (Carneiro Junior *et al.*, 2011).

Em 2001 ocorreu a municipalização de parte do sistema de saúde, passando a ESF para a Secretaria Municipal de Saúde, que continuou sua gestão através de OS que, mesmo com críticas, ampliou as parcerias como meio de expansão da ESF, firmando convênios com doze entidades sem fins lucrativos. Essa ampliação permitiu aumento de mais de 100% no número de equipes em curto espaço de tempo (Coelho *et al.*, 2014). Três anos depois, mesmo com a mudança no governo municipal, continuou-se as parcerias com OS, 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 através da gestão por Organizações Sociais (Coelho *et al.*, 2014).

Por falta de legislação específica sobre o tema no município, as parcerias com as OS ocorriam via convênio e não por contratualização de resultados como havia sido estabelecido no PDRAE. Essa segunda modalidade apresentava duas diferenças em relação ao convênio: (i) o convênio não aparecia de forma explicitada no orçamento, o que limitava a transparência dos repasses, alvo de críticas no período, e (ii) a instituição prestava os serviços através de estrutura e pessoal próprio, não havendo delegação de equipamentos públicos (Contreiras & Matta, 2015).

Apenas em 2006 foi promulgada a Lei Ordinária nº 14.132, de 24 de janeiro 2006 no município de São Paulo que regulamentou a atuação dessas entidades no município. Nesse momento as contratualizações com

OS 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 *et al.*, 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 OS, 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 & Matta, 2015).

3 Procedimentos Metodológicos

O presente artigo pauta-se em duas metodologias de pesquisa: exploratória, pois busca “conhecer com maior profundidade o assunto, [...] no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato [...] escolhido [que] é pouco explorado” (Raupp & Beuren, 2006, p. 80) e descritiva, pois “tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre as variáveis” (Gil, 1999, apud Raupp & Beuren, 2006, p. 81). Nesse sentido, utilizou-se como fonte de dados o orçamento do município de São Paulo acessado através do Portal da Transparência. Foram coletados e sistematizados os dados de execução orçamentária em saúde no município de São Paulo no período entre 2003 e 2016, conjuntamente com o levantamento dos valores repassados para cada Organização Social através da pesquisa por Nome Social e CNPJ dessas instituições entre 2008 a 2016, período em que tais dados estão disponíveis no referido portal, observando-se a materialidade dos valores repassados às Organizações Sociais através do orçamento da saúde.

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 de recebimento do credor (Slomsk, 2013), ou seja, o estudo priorizou a execução orçamentária com comprovação da devida prestação do serviço, em detrimento da execução financeira da despesa. Os saldos 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 e permitir a comparação dos saldos, sendo que a inflação anual neste período variou de 2,81% em 2006 a 11,28% em 2015, com acumulação de 114,3% no período da análise.

O orçamento divide-se em funções e, dentre elas encontra-se a Saúde que por sua vez divide-se em subfunções, estas sendo conjuntos de atividades realizadas com finalidades similares, quais agrupam as ações que se relacionam no seu foco de atuação. Essas subfunções sofreram alterações durante o período, devido a mudanças legislativas (classificação da despesa) e políticas (escolha sobre as ações). Porém, a maior parte das subfunções, posto que nelas se concentra quase todo o orçamento, permaneceu inalterada durante todo o período de análise. Dessa forma as subfunções escolhidas para análise foram: (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 “transferência para outro ente da federação” não apresentar valores em todos os anos e sua proporção nos recursos empenhados ser menor que 1%, ela não foi considerada durante a análise. Foram utilizadas as outras modalidades de aplicação para agregação dos valores nas subfunções de análise dos gastos da função Saúde no município de São Paulo de 2003 a 2016.

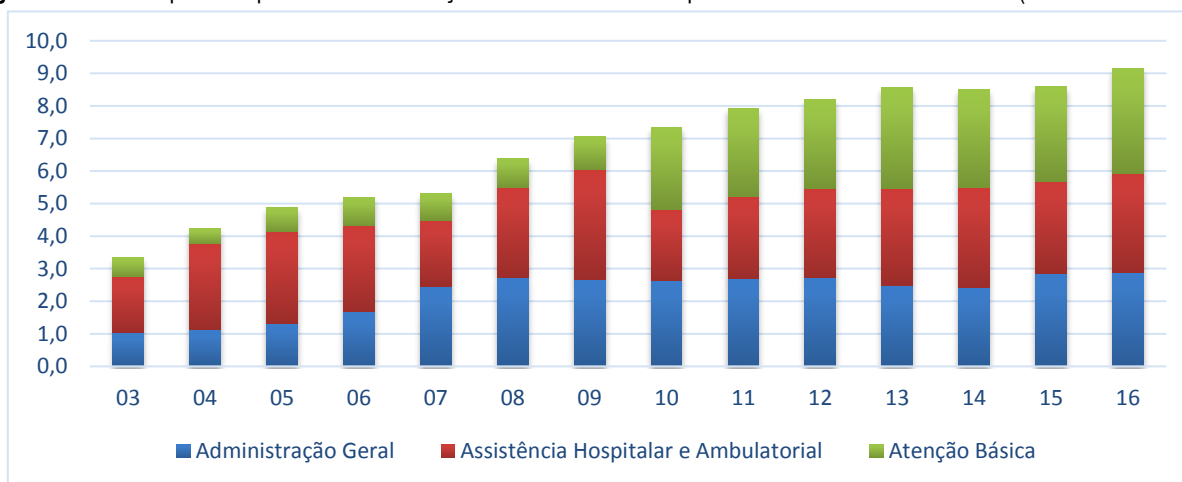
4 Apresentação e Análise dos Resultados

4.1 O orçamento de saúde no 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 subfunção Administração Geral é responsável pelos níveis estratégico e tático da gestão da saúde municipal, com as atribuições de planejamento, monitoramento e avaliação. Por esta razão, ela agrega os gastos com auxílios, gestão de recursos humanos e pessoal (administrativo) não relacionados diretamente com as atividades operacionais de 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). Estes recursos são utilizados diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde ou pelas autarquias municipais, não havendo transferências às Organizações Sociais para a execução de suas atividades. As outras duas subfunções referem-se aos gastos ligados diretamente à prestação dos serviços de saúde, de acordo com a finalidade e o nível de complexidade, e é destes recursos que parte é direcionada às Organizações Sociais. Por essa razão, destaque foi dado às subfunções Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Atenção Básica.

Analisando a Figura 1, referente aos valores liquidados nas subfunções, é possível observar um aumento do volume de recursos destinados a área da saúde, em especial para a Atenção Básica, com um crescimento real de 457%. Reflexo principalmente da ampliação da Estratégia Saúde da Família, com o aumento do número de equipes e dos investimentos em novas unidades de atenção básica.

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



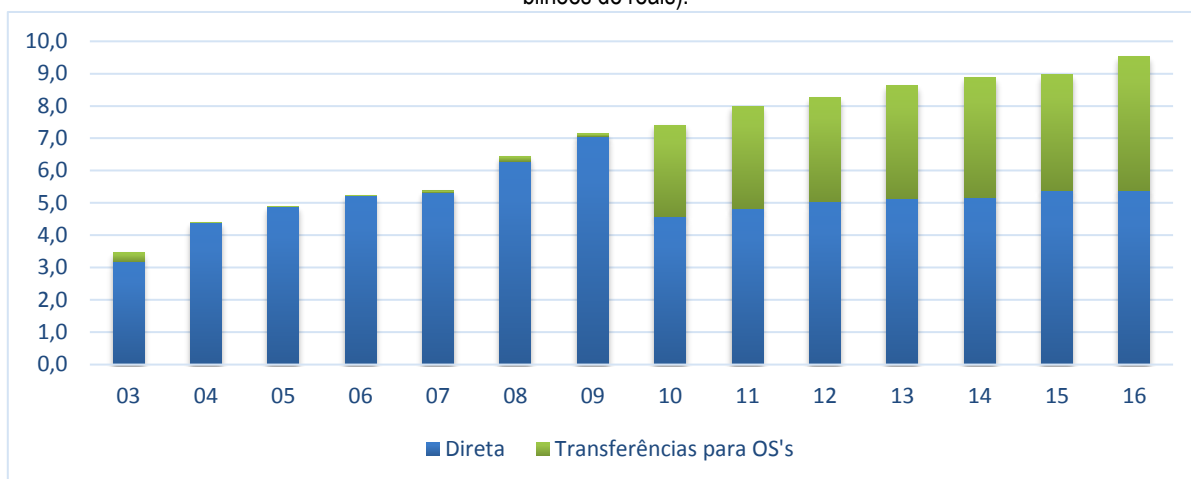
Fonte: Elaborado pelos autores com base no orçamento municipal de São Paulo.

Conforme mostra a Figura 2, em 2003, os valores liquidados correspondentes às contratualizações com Organizações Sociais, já realizadas em algumas unidades antes da municipalização, eram de 7,6% do orçamento da saúde municipal aplicada totalmente na Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Esse gasto foi seguido por um período de seis anos no qual a relevância dessas entidades no orçamento não chegava a 2%. Porém, como exposto anteriormente, esses valores baixos não representam um abandono das parcerias com o terceiro setor para a gestão dos serviços, mas a ausência de transparência na evidenciação dos repasses orçamentários, indicando valores inferiores ao que realmente era repassado para as Organizações Sociais.

Apenas em 2010 incluem-se todos os gastos realizados em virtude de parcerias na modalidade “transferências a instituições privadas sem fins lucrativos”, o que tornou possível observar os reais valores

repassados ao terceiro setor. Tal fato fez com que, em 2010, ocorresse 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 Municipal, mas informações sobre uma realidade até então não evidenciada no orçamento, que não expunha o real papel das OSS na execução orçamentária. Nos anos seguintes, os repasses às OSS só aumentaram, chegando a 43,6% do valor liquidado na saúde em 2016.

Figura 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: Elaborado pelos autores com base no orçamento municipal de São Paulo.

A Tabela 1 apresenta a porcentagem correspondente à função Saúde que foi repassada para as Organizações Sociais, em termos de recursos liquidados do orçamento entre 2003 e 2016, e também apresenta a proporção da transferência desse saldo segregada de acordo com as subfunções Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Atenção Básica. Observa-se que desde 2010, de acordo com o orçamento municipal, aproximadamente 40% de todos os recursos aplicados na saúde foram repassados para Organizações Sociais de Saúde, destes recursos, mais de 90% correspondia à subfunção Atenção Básica e em torno de 1/3 dizia respeito à Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

Tabela 1: Porcentagem dos valores liquidados transferidos para Organizações Sociais na função Saúde e em suas subfunções 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
Ass. 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: Elaborado pelos autores 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, em que estas somadas continham 91 Unidades de 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) das quais 6 delas

eram 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 dessas unidades correspondia a 41,7% dos valores liquidados da saúde no município, com destaque para a Atenção Básica, com 90,4% dos recursos desta subfunção destinados à OSS.

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 naquele ano, como apresentado na Tabela 2 abaixo. Demonstrando uma diversidade de instituições relacionadas à prestação dos serviços de saúde. Observando as características destas OSS não é possível definir um padrão que as definam conjuntamente, porém, em relação a suas origens, podemos apontar três grupos principais: as de origem religiosa, com atividades de saúde principalmente filantrópicas; as ligadas a instituições de ensino, em especial as universidades; e entidades de responsabilidade social de empresas da área da saúde, como hospitais e laboratórios (Donadone & Baggenstoss, 2014).

Os valores apresentados na Tabela 2 referem-se aos repasses feitos pela Secretaria Municipal de Saúde para as Organizações Sociais disponíveis no Portal da Transparência do município de São Paulo, não estando presentes os repasses realizados da administração indireta, como Autarquias ou Fundações Públicas, para OSS. No entanto, no orçamento do município são apresentados os repasses feitos tanto pela administração direta como pela indireta.

Analisando os valores liquidados no período de 2008 a 2016, apesar da diversidade de OSS, em média 65% desses 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 qual tem um destaque entre as demais, com uma média de 25% dos repasses de recursos no período.

4.2 Atenção Básica

A Atenção Básica à Saúde se caracteriza “por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (Ministério da Saúde, 2009). A Estratégia Saúde da Família, pertencente a Atenção Básica, é uma das políticas de saúde mais disseminadas pelo país e é composta por equipes formadas, em geral, por: médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista generalista ou especialista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (Ministério da Saúde, 2012). Nesse sentido, os agentes comunitários de saúde têm um importante papel, pois fazem o vínculo entre a população da respectiva região de saúde e a unidade de saúde.

Pelos motivos apontados, 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. A ESF teve início no município em 1996 com a celebração de convênios com OS que já tinham laços com os serviços de saúde pública no município. Como nos anos seguintes houve uma ampliação no número de equipes e na cobertura deste nível de atenção era esperado que, durante todo o período, os valores dos repasses aumentariam gradativamente e não de forma brusca como é possível observar na Figura 3, na transição de 2009 para 2010.

Participação de organizações sociais no orçamento da saúde do Município de São Paulo no período de 2003 a 2016.

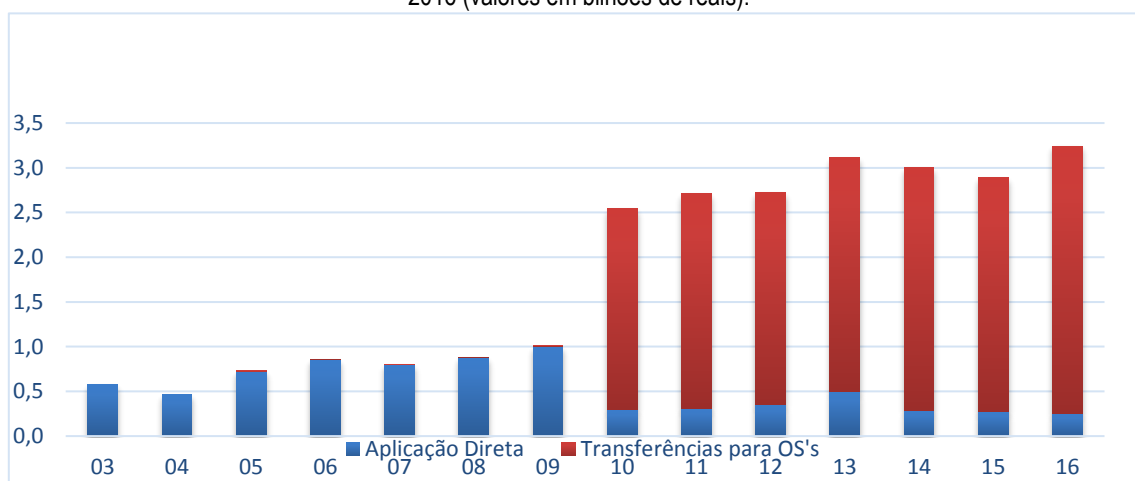
Tabela 2: Valores transferidos para Organizações Sociais no município de São Paulo na função Saúde entre 2008 e 2016. (Valores em milhares de reais).

Organizações Sociais / ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Associação Comunitária Monte Azul	464.129	721.501	699.037	784.356	654.593	825.436	776.837	659.489	1.039.730
Associação Congregação de Santa Catarina	970.915	1.478.965	2.305.929	2.279.441	2.131.056	2.442.308	2.491.781	1.758.642	1.955.083
Associação Saúde da Família (ASF)	1.040.276	2.812.567	2.920.202	3.610.211	3.958.896	4.386.420	4.107.230	4.713.786	6.084.357
Casa de Isabel - C. de Apoio à Mulher, à Criança e o Adol. V. Sit. Risco	22.685	21.798	22.054	29.518	24.579	32.626	35.788	26.654	43.283
Casa de Saúde Santa Marcelina	3.915.157	4.617.282	5.026.588	5.285.251	5.201.453	5.550.449	5.408.431	5.263.371	5.856.285
Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM)	2.234.471	2.613.400	2.927.501	3.340.495	3.129.407	3.542.056	4.066.693	3.522.597	5.156.341
Centro de Oftalmologia Tadeu Cvintal	56.148	63.145	53.892	54.356	50.951	40.647	28.555	33.193	32.037
Associação Beneficente de Coleta de Sangue (COLSAN)	61.692	124.502	1.770	4.293	9.034	3.640	7.067	5.716	5.874
Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem (FIDI)	235.832	358.616	489.221	548.966	557.941	611.288	601.835	558.906	550.082
Fundação do ABC	249	0	0	0	0	0	0	107.601	1.109.851
Fundação Faculdade de Medicina – FMM	364.857	458.742	659.542	1.120.246	1.117.189	1.342.801	1.266.557	1.019.028	426.499
Instituto Brasileiro de Controle do Câncer	270.868	260.273	250.005	299.102	311.165	338.389	418.178	464.025	442.179
Instituto de Assistência Básica e Avançada à Saúde (IABAS)	0	34.798	0	0	0	0	0	0	180.955
Instituto de Responsabilidade Social Einstein	788.222	972.724	981.898	928.823	1.087.584	1.046.294	1.327.651	1.345.847	1.212.743
Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês	134.105	399.390	595.740	774.336	791.937	784.156	854.578	745.875	592.737
Instituto SAS	30.714	188.857	339.014	153.061	60.153	0	0	0	0
Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	641.898	1.221.479	1.947.012	2.088.499	2.187.002	2.444.020	2.598.356	2.312.038	1.631.811
Organização Santamarense de Educação e Cultura (OSEC)	817.363	403.723	0	21.261	9.392	13.579	4.456	0	0

Organizações Sociais / ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde	15.227	18.322	17.406	17.120	15.001	3.534	0	0	0
Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro	412.448	523.626	507.437	503.692	543.972	696.596	686.230	623.090	618.563
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI)	365.599	557.675	693.655	918.610	843.098	1.054.434	1.170.192	1.227.013	1.590.933
Sociedade Assistencial Bandeirantes	407.679	445.811	368.624	394.568	332.494	282.409	209.270	146.559	30.053
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)	4.829.547	5.212.299	7.731.106	8.237.609	7.829.606	8.726.369	9.162.811	7.374.097	8.014.399

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do Portal da Transparência do município de São Paulo

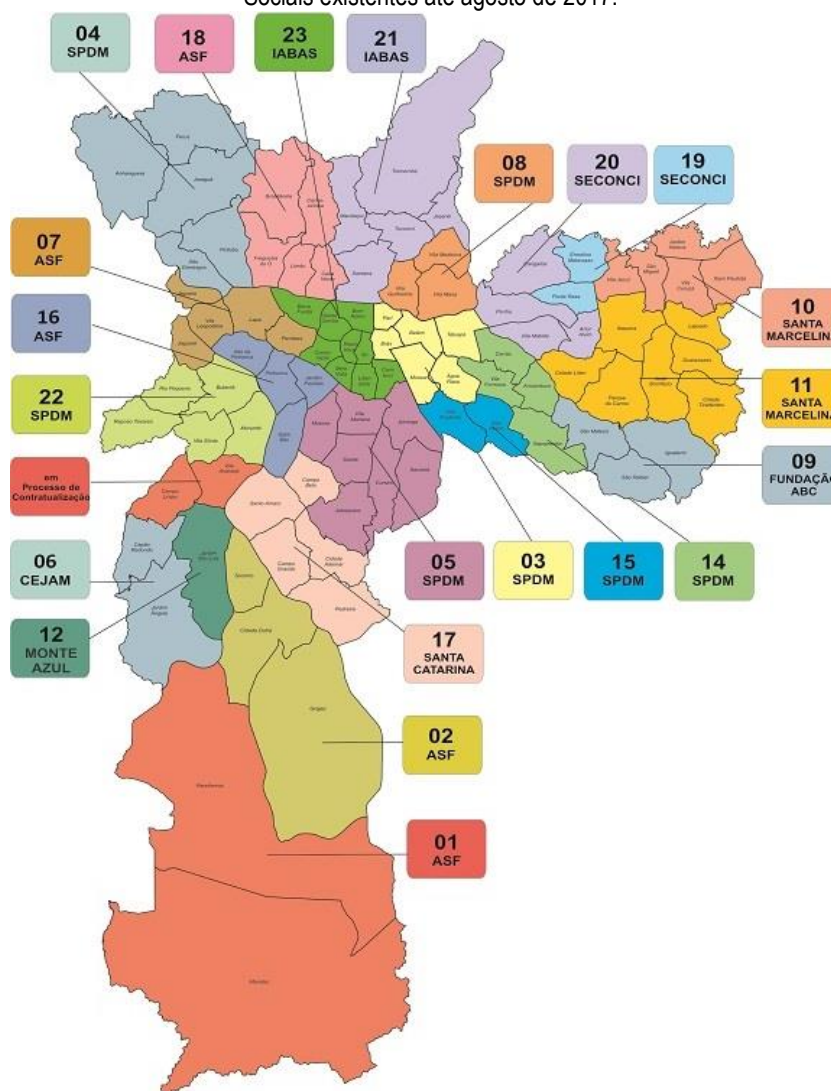
Figura 3: Valores liquidados na subfunção Atenção Básica à Saúde por categoria de gasto no município de São Paulo entre 2003 e 2016 (valores em bilhões de reais).



Fonte: Elaborado pelos autores com base no orçamento municipal de São Paulo.

De acordo com Coelho *et al.* (2014) esta ampliação dos serviços prestados e dos equipamentos de saúde na Atenção Básica ocorreu principalmente em áreas periféricas do município, menos desenvolvidas e com piores indicadores socioeconômicos, o que teria possibilitado a diminuição da desigualdade dentro do município e a melhoria das condições de saúde da população nestas regiões. A Figura 4 a seguir mostra que esse padrão de investimentos está mais pulverizado nas diversas regiões de saúde do município de São Paulo, pois verifica-se que cada região da rede assistencial é contemplada por um contrato de gestão com OSS.

Figura 4: Rede Assistencial de Saúde no município de São Paulo segregada pelos 23 contratos de gestão com Organizações Sociais existentes até agosto de 2017.



Fonte: Portal de Acesso à Informação da Prefeitura Municipal de São Paulo.
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347

Observa-se que a distribuição das microrregiões geridas através de parcerias contempla as zonas leste e sul do município, justamente aquelas historicamente menos providas de serviços públicos. Pode-se afirmar que a Atenção Básica à Saúde, atualmente, é predominantemente gerenciada por organizações privadas sem fins lucrativos no município de São Paulo.

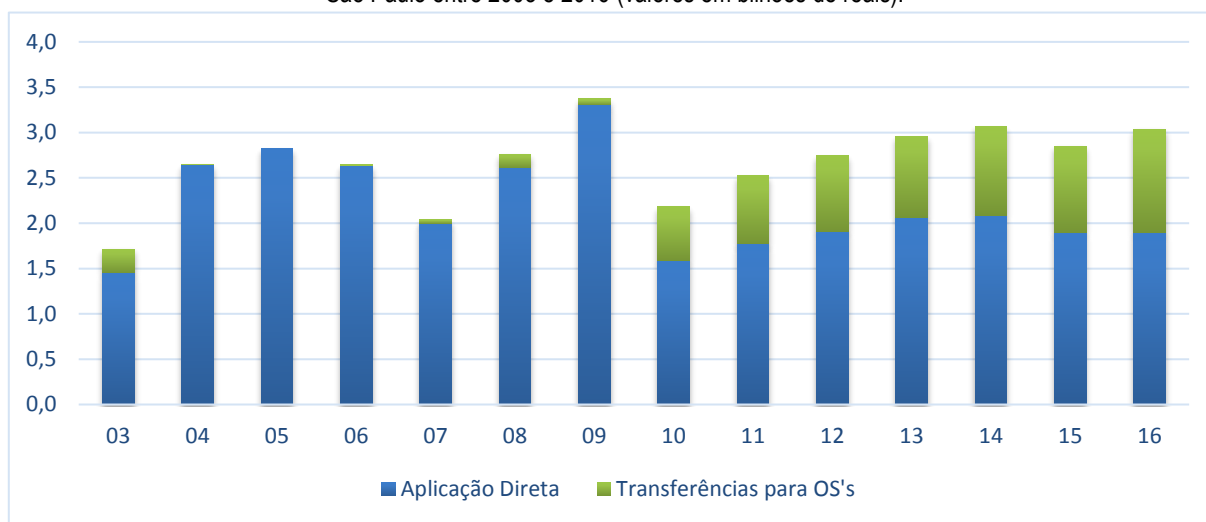
4.3 Assistência Hospitalar e Ambulatorial

A Assistência Hospitalar e Ambulatorial engloba os gastos realizados nos serviços de média e alta complexidade, serviços de caráter individual que, conseqüentemente, demandam maiores gastos por procedimento em virtude da especialização e do uso mais intensivo de tecnologia que na Atenção Básica; estes procedimentos são realizados principalmente por hospitais, ambulatórios e clínicas especializadas (Ministério da Saúde, 2009).

Para esta subfunção, há um quadro maior de entidades que compõe o modelo de prestação de serviços através da administração indireta, são autarquias hospitalares, fundações da área da saúde e instituições

filantrópicas que, juntamente com as Organizações Sociais recebem recursos do governo e por esta razão, a porcentagem no total de recursos destinados a Organizações Sociais apresenta um peso menor do que na Atenção Básica. Diferentemente da Atenção Básica, existe uma pluralidade maior de formas de gestão nesta subfunção, e é possível observar com a Figura 4 que os valores destinados a ela variam bastante ao longo de todo o período, tendo alcançado o valor máximo em 2009. Além disso, o valor destinado às OS tem aumentado gradativamente desde 2010, enquanto que o valor da aplicação direta de recursos não apresenta um padrão.

Figura 4: 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: Elaborado pelos autores com base no orçamento municipal de São Paulo.

De acordo com Coelho *et al.* (2014), o aumento dos gastos em 2008 e auge em 2009 deveu-se ao início do processo de ampliação da infraestrutura hospitalar instalada e de construção de novas AMAs, realizadas via Parceria Público-Privada (PPP), ocorrendo posteriormente sua delegação para as Organizações Sociais. De 2010 até 2016, a média dos repasses para OS ficou em 25% dos gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

Se na Atenção Básica as OS são predominantes em termos de destinação dos recursos do orçamento, na Assistência Hospitalar e Ambulatorial, que são 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 Parcerias Público-Privadas 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 afirmar que este é o principal modelo de prestação de serviços dentro dessa subfunção.

5 Considerações finais

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

Mesmo não sendo novidade a participação do terceiro setor na área da saúde pública no Brasil, essa configuração da relação do Estado com a sociedade civil surge a partir das reformas ocorridas no setor público durante a década de 1990. Tal relação é inspirada 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 próprias 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, com a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e com as Organizações Sociais, devido às grandes desigualdades existentes na distribuição dos serviços públicos e a existência prévia de instituições que pudessem assumir essa 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 nas áreas de saúde e cultura.

No levantamento dos dados orçamentários, observou-se que a Atenção Básica à Saúde no município de São Paulo é realizada predominantemente através de OSS. Tal condição é atribuída à trajetória da implementação da Estratégia 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 impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal sobre gastos com pessoal, o que impedia a contratação de profissionais para atuar nos novos hospitais estaduais de São Paulo. Posteriormente, foi expandida para os novos equipamentos ambulatoriais, as AMA's, construídas nas zonas periféricas, seguindo a política de ampliação dos serviços de saúde nas áreas mais carentes. Em 2009, a parceria com entidades de direito privado se expandiu através das Parcerias Público-Privadas com a construção de novas unidades de atendimento à saúde, sendo posteriormente contratualizadas como OSS, em que estas são responsáveis pela execução de, em média, 25% dos gastos neste nível de atendimento durante o período compreendido entre 2010 e 2016.

Apesar de serem 34 instituições qualificadas como Organizações Sociais de Saúde no município e de 23 delas receberem repasses referentes à saúde, observou-se que aproximadamente 65% de todos esses recursos foram destinados a apenas quatro OSS: Associação Saúde da Família, Casa de Saúde Santa Marcelina, Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim e especialmente a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, com uma média de 25% do total dos repasses de recursos no período dirigidos a ela.

Foi possível verificar o crescimento do papel desempenhado pelas Organizações Sociais na gestão e prestação dos serviços de saúde no município de São Paulo. Porém, apesar de estudos apontarem para um ganho de eficiência nas unidades geridas por OS (Abrucio & Sano, 2008), os principais motivos para a escolha desse modo de gestão estão mais relacionados a questões legais e econômicas 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.

Pacheco, Gurgel Júnior, Santos, Ferreira e Leal (2016, p. 592), ao entrevistarem um gestor público da área da saúde, registraram a seguinte fala acerca das OSS: "foi um modelo que está dando certo, e apesar de inovador, já conseguiu um espaço de reconhecimento da população, inclusive pela qualidade do serviço, agilidade no funcionamento, porque como é um modelo centrado no resultado, os resultados não são só de produção, são resultados de qualidade". Independentemente da qualidade ou não deste modelo, fica evidente a importância das Organizações Sociais dentro do sistema municipal de saúde, gerenciando e prestando 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 vista 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 (1988) e de grande impacto na vida dos cidadãos.

Como sugestões de pesquisas futuras, tem-se a investigação acerca dos resultados qualitativos e quantitativos alcançados por essas instituições a partir dos recursos recebidos em parcerias com o governo, a título de avaliar diminuição ou aumento da eficiência do uso do recurso público; e a verificação das mudanças ocorridas ao longo do tempo na elaboração dos contratos de gestão, verificando se eles têm se tornado mais ou menos voltados para resultado e o impacto disto.

Referências

- Abrucio, F. L. & Sano, H. (2008). Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, 48 (3), 64–80.
- Arretche, M. (2000). *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. São Paulo: FAPESP.
- Bresser Pereira, L. C. (2006). Da administração pública burocrática à gerencial. In: Bresser Pereira, L. C. & Spink, P. (Orgs.) *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. (7a. ed.) Rio de Janeiro: Editora FGV, 237-270.
- Carneiro Junior, N.; Nascimento, V. B. & Costa, I. M. C. (2011). Relação entre público e privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. *Saúde e Sociedade*, 20 (4), 971–979.
- Coelho, I. B. (2010). Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: Campos, G. W. S. & Guerreiro, A. V. P. (Orgs.). *Manual de práticas de Atenção Básica ampliada e compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec, 85-120.
- Coelho, V. S. P.; Szabzon, F. & Dias, M. F. (2014). Política municipal e acesso a serviços de saúde. *Novos Estudos CEBRAP*, 100, nov., 139-161.
- 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 (2), 285–297.
- Costa e Silva, V.; Barbosa, P. R. & Hortale, V. A. (2016). Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (5), 1365-1376.
- Denhardt, R. B. (2013). *Teorias da administração pública*. São Paulo: Cengage Learning.
- Donadone, J. C. & Baggenstoss, S. (2014). A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil. *Revista de Estudos Latinoamericanos*, 59, 69–98.
- Donadone, J. C. & Baggenstoss, S. (2017). Intermediários e as novas configurações no tecido organizacional brasileiro: um estudo sobre as Organizações Sociais de Saúde. *Tempo Social*, 29 (1), 131–149.
- Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. (2016, 15 de dezembro). Recuperado em 31 de outubro, 2018 de: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>
- Ferreira Júnior, W. C. (2003). Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. *Revista de Administração Pública*, 37 (2), mar./abr., 243-264.
- IPEADATA. (n. d.). Recuperado de: <<http://www.ipeadata.gov.br>>
- Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. (1998, 15 de maio). Recuperado em 09 de setembro, 2018 de: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm>
- Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006. (2006, 24 de janeiro). Recuperado em 04 de novembro, 2018 de: <<https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/sao-paulo/lei-ordinaria/2006/1413/14132/lei-ordinaria-n-14132-2006-dispoe-sobre-a-qualificacao-de-entidades-sem-fins-lucrativos-como-organizacoes-sociais>>
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. (2a. ed.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). (1995). *Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Secretaria da Reforma do Estado.
- Ministério da Saúde. (2009). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. (3a. ed.) Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Pacheco, H. F.; Gurgel Júnior, G. D.; Santos, F. de A. da S.; Ferreira, S. C. da C. & Leal, E. M. M. (2016). Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20 (58), 585-595.

- Raupp, F. M. & Beuren, I. M. (2006). Metodologia da pesquisa aplicável às Ciências Sociais. In: Beuren, I. M. (Ed.) *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática*. (3a. ed.). São Paulo: Atlas, 76-97.
- Ravioli, A. F.; Soárez, P. C. de & Scheffer, M. C. (2018). Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cadernos de Saúde Pública*, 34 (4), 1-15.
- Portal da transparência do Município de São Paulo. (n.d.). Execução Orçamentária. Recuperado de: <<http://orcamento.sf.prefeitura.sp.gov.br/orcamento/>>
- Secretaria Municipal de Gestão de São Paulo. (n. d.). Organizações Sociais Qualificadas. Recuperado em 05 de agosto, 2018, de: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/organizacoes_sociais/index.php?p=13877>
- Slomski, V. (2013). *Manual de contabilidade pública*. (3a. ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Zucchi, P.; Nero, C. Del & Malik, A. M. (2000). Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, 9 (1-2), 127-150.
- World Bank. (2006). *Brazil: Enhancing Performance in Brazil's health sector: lessons from innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba*. World Bank. Mimeo.

DADOS DOS AUTORES

Diego Pugliese Tonelotto

Mestre em Gestão de Políticas Públicas pela EACH/USP
Assessor Técnico II na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
Endereço: Rua General Jardim, 36
CEP:01223-010, São Paulo – SP - Brasil
E-mail: dpt_itu@hotmail.com
Telefone: (11) 99883-1453

Jaime Crozatti

Doutor em Controladoria e Contabilidade pela FEA/USP.
Professor da Graduação e do Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da EACH/USP
Endereço: Av. Arlindo Bétio, 1000 - Ermelindo Matarazo
CEP: 03828-000 - São Paulo - SP - Brasil
E-mail: jcrozatti@usp.br
Telefone: (11) 973634665

Patrícia Righetto

Mestranda em Gestão de Políticas Públicas pela EACH/USP
Endereço: Av. Arlindo Bétio, 1000 - Ermelindo Matarazo
CEP: 03828-000 - São Paulo - SP - Brasil
E-mail: patricia.righetto@usp.br
Telefone: (11) 96150-7885

Rosélia Aparecida Escobar

Bacharel em Gestão de Políticas Públicas pela EACH/USP
Endereço: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 31 - Paraíso
CEP: 04004-030 - São Paulo/SP - Brasil
E-mail: roselia.escobar@usp.br/roselia.escobar@yahoo.com.br
Telefone: (11) 99764-7332

Úrsula Dias Peres

Doutora em Economia pela Escola de Economia de São Paulo - EESP/FGV
 Professora da Graduação e do Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da EACH/USP
 Endereço: Av. Arlindo Bétio, 1000 - Ermelindo Matarazo
 CEP: 03828-000 - São Paulo - SP - Brasil
 E-mail: uperes@usp.br
 Telefone: (11) 98555-4332

Contribuição dos Autores:

Contribuição	Diego Tonelotto	Jaime Crozatti	Patrícia Righetto	Roselia Escobar	Úrsula Peres
1. Concepção do assunto e tema da pesquisa	√	√			√
2. Definição do problema de pesquisa	√	√			√
3. Desenvolvimento das hipóteses e constructos da pesquisa (trabalhos teórico-empíricos)	√	√	√	√	√
4. Desenvolvimento das proposições teóricas (trabalhos teóricos os ensaios teóricos)					
5. Desenvolvimento da plataforma teórica	√	√	√	√	√
6. Delineamento dos procedimentos metodológicos	√	√			√
7. Processo de coleta de dados	√			√	
8. Análises estatísticas	√	√	√	√	
9. Análises e interpretações dos dados coletados	√	√			
10. Considerações finais ou conclusões da pesquisa	√	√	√	√	√
11. Revisão crítica do manuscrito		√	√		√
12. Redação do manuscrito	√	√	√	√	